

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE
FACULTÉ DE DROIT

PINEL : HÔPITAL OU PRISON ?
LA QUALIFICATION JURIDIQUE D'UN ÉTABLISSEMENT UNIQUE

Gabrielle ALAIN-NOËL
Programme de maîtrise en droit et politiques de la santé

AVRIL 2020

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE
FACULTÉ DE DROIT

PINEL : HÔPITAL OU PRISON ?
LA QUALIFICATION JURIDIQUE D'UN ÉTABLISSEMENT UNIQUE

Par

Gabrielle ALAIN-NOËL
Étudiante à la maîtrise en droit et politiques de la santé

Essai fourni à la Faculté de droit
En vue de l'obtention du grade de « Maître en droit »

AVRIL 2020
© Gabrielle Alain-Noël 2020

TABLES DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
1. L'EXPLORATION DU CARACTÈRE HYBRIDE DE L'ÉTABLISSEMENT	9
1.1 LA GENÈSE.....	10
1.2 LE PORTRAIT ACTUEL DE L'INPLPP	18
1.2.1 <i>La place de l'établissement au sein du réseau de la santé et des services sociaux</i>	<i>19</i>
1.2.2 <i>La spécialité guidant les services</i>	<i>24</i>
1.2.3 <i>La mission.....</i>	<i>27</i>
1.2.4 <i>La clientèle.....</i>	<i>30</i>
1.2.5 <i>L'organisation des services.....</i>	<i>41</i>
1.2.5.1 Les services d'expertise	41
1.2.5.2 Les services de traitement et de rétablissement.....	42
1.2.5.3 La nouvelle organisation des services.....	48
1.2.6 <i>Le personnel employé</i>	<i>53</i>
1.2.7 <i>Les lieux physiques.....</i>	<i>57</i>
1.2.8 <i>Le budget</i>	<i>60</i>
2. L'ANALYSE D'UNE PRATIQUE PROPRE À L'ÉTABLISSEMENT	63
2.1 LA DESCRIPTION DE LA PRATIQUE	64
2.2 L'ÉVALUATION DE LA PRATIQUE	68
2.2.1 <i>Les mesures de contrôle prévues à la LSSSS.....</i>	<i>69</i>
2.2.2 <i>Le cadre de référence du MSSS sur les mesures de contrôle.....</i>	<i>71</i>
2.2.3 <i>La qualification juridique de la pratique.....</i>	<i>73</i>
2.2.4 <i>La justification de la pratique</i>	<i>76</i>
CONCLUSION	80
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	85

LISTE DES ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES

C.c.Q. :	<i>Code civil du Québec</i> , RLRQ, c. CCQ-1991
C.cr. :	<i>Code criminel</i> , L.R.C. 1985, c. C-46
CETM :	Commission d'examen des troubles mentaux
CIUSSS :	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
INPLPP :	Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel
LMOGRSSS :	<i>Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales</i> , RLRQ, c. O-7.2
LSCMLSC :	<i>Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition</i> , L.C. 1992, c. 20
LSCQ :	<i>Loi sur le système correctionnel du Québec</i> , RLRQ, c. S-40.1
LSJPA :	<i>Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents</i> , L.C. 2002, c. 1
LSSSS :	<i>Loi sur les services de santé et les services sociaux</i> , RLRQ, c. s-4.2
MSSS :	Ministère de la Santé et des Services sociaux

« Folie et crime ne s'excluent pas; mais ils ne sont pas confondus dans un concept indistinct; ils s'impliquent l'un l'autre à l'intérieur d'une conscience qu'on traitera aussi raisonnablement, et selon ce qu'imposent les circonstances, par la prison ou par l'hôpital »¹

INTRODUCTION

En 1970, un établissement à vocation unique et novatrice au Québec ouvre ses portes : l'Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel (ci-après « INPLPP »). Destiné à remplacer l'aile psychiatrique des détenus de la prison de Bordeaux, l'INPLPP est conçu comme étant un « hôpital psychiatrique à sécurité maximale » spécialisé dans le traitement et la réadaptation d'une clientèle psychiatrique complexe². Mais comment qualifier cette institution sans pareil : est-ce un établissement de santé et de services sociaux, un établissement de détention, ou bien est-ce un croisement singulier, qui établirait une forme de statut d'établissement hybride ? Telle est la question que je tenterai d'élucider au cours du présent essai.

Depuis 2016, j'observe, de l'intérieur, cet environnement hermétique et énigmatique qu'est l'INPLPP. J'y exerce les fonctions de commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services (l'équivalent d'un ombudsman), lesquelles sont prévues à la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*³ (ci-après « LSSSS »). Essentiellement, j'agis à titre de responsable du respect des droits des usagers de l'INPLPP et du traitement diligent de leurs plaintes⁴. Nommée par le conseil d'administration de l'institution, et ce en vertu de dispositions légales s'appliquant aux établissements de santé et de services sociaux québécois⁵, il ne faisait aucun doute dans mon esprit, au moment de ma nomination, que l'INPLPP n'était rien d'autre que l'un de ces établissements : un hôpital et surtout pas une prison. Pourtant, j'ai rapidement été confrontée à une ambiguïté persistante et généralisée, à l'intérieur comme à l'extérieur de l'établissement, quant au réel statut de l'INPLPP.

Les premiers contacts avec le milieu qu'est l'INPLPP me sont apparus déroutants, puisqu'ils rappellent un paysage plutôt carcéral. Je me permets de décrire d'entrée de jeu quelques exemples de constats

¹ Michel FOUCAULT, *Histoire de la folie à l'âge classique*, 2^e éd., Paris, Tel Gallimard, 1972, p. 182.

² Site Internet de l'INPLPP, « Historique », en ligne : <<https://pinel.qc.ca/ContentT.aspx?NavID=67&CultureCode=fr-CA>> (consulté le 28 janvier 2020).

³ *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, RLRO, c. s-4.2, art. 29 et suiv.

⁴ *Id.*, art. 33.

⁵ *Id.*, art. 30.

frappants qui m'ont fait réaliser que l'hôpital dans lequel je suis appelée à œuvrer est calqué, à certains égards, sur le modèle carcéral. D'abord, les lieux dans lesquels séjournent les personnes admises à l'INPLPP sont sécurisés de façon maximale ; de nombreux dispositifs de contrôle rendent l'accès limité uniquement aux acteurs autorisés et tiennent les personnes admises captives. Puis, les patients sont dispersés dans des unités fermées, que plusieurs d'entre eux désignent eux-mêmes « ailes » ou « wings », faisant référence aux pavillons pénitentiaires où les détenus purgent leur peine de détention. D'ailleurs, fréquemment, des patients utilisent le terme « cellule » pour parler de leur chambre. À ce titre, je peux comprendre cet amalgame, puisqu'il est vrai que ces chambres ont plutôt l'apparence d'une cellule de prison et non celle d'une chambre d'hôpital. Il est également courant de croiser un patient, menottes aux pieds et/ou aux mains avec des contentions métalliques, équipement qu'on s'attend pourtant à ne voir qu'en prison. Il s'agit là d'un portrait très parcellaire d'observations déconcertantes qui contrastent avec ce qu'on conçoit d'un hôpital.

J'ai également accès, par le biais des plaintes que les patients m'achèment, à des descriptions de pratiques contraignantes, parfois d'allure punitive, et quelques fois frôlant le dégradant, qu'il serait impensable de mettre en œuvre dans quelque milieu de soins que ce soit⁶. Les justifications sécuritaires sont omniprésentes et régissent pratiquement toutes les actions des patients. Par exemple, les patients séjournant dans certaines unités n'ont pas accès à des stylos, pour rédiger les plaintes qu'ils m'adressent. En effet, on invoque que ceux-ci pourraient être utilisés à titre d'arme. On retire donc le tube d'encre du stylo, tube que l'on remet au patient, qui doit tenter d'écrire avec ce frêle bout de plastique souple presque impossible à manier. J'ai également été mise au fait que certains patients, dont la collaboration est insuffisante et dont on craint les comportements violents, se voient remettre leur cabaret de repas sur le plancher de leur chambre. Ce ne sont, là encore, que quelques illustrations de situations du vécu des patients de l'INPLPP, qui me sont rapportées et qui font écho au monde de la détention.

Lors d'une visite d'un établissement de détention provincial⁷ à laquelle j'ai eu l'occasion de participer, alors que je me préparais à la rédaction du présent essai, j'ai pu comparer, de façon imparfaite

⁶ Je n'ai utilisé aucune information confidentielle dans le cadre de la rédaction de cet essai.

⁷ L'art. 743.1 du *Code criminel*, L.R.C. 1985, c. C-46 prévoit qu'« [u]ne personne condamnée à une peine d'emprisonnement de deux ans moins un jour ou à plusieurs peines d'emprisonnement dont la durée totale est inférieure à deux ans au moment de leur imposition purge sa peine dans un établissement de détention du Québec, communément appelé « prison provinciale » » alors qu'« [u]ne personne condamnée à une peine d'emprisonnement de deux ans ou plus ou à plusieurs peines d'emprisonnement dont la durée totale est de deux ans ou plus au moment de leur imposition purge sa peine dans un pénitencier, communément appelé « prison » ».

évidemment, les deux milieux – celui de l'INPLPP et celui de cette prison provinciale – et constater plusieurs similitudes, mais surtout de nombreux contrastes. Les patients de l'INPLPP séjournent dans un environnement, physique et organisationnel, extrêmement contraignant, gouverné par une multitude de règles dites sécuritaires. Or, il n'en demeure pas moins qu'une dimension de soins et d'accompagnement ressort des services qu'ils reçoivent. Il en était tout autrement dans cet établissement de détention où la surveillance, la punition et la division apparaissaient être maîtres des lieux.

À la prison, j'ai été surprise de constater l'absence de personnel « sur le plancher » avec les détenus, les agents se contentant d'effectuer des « rondes ». À l'opposé, à l'INPLPP, des intervenants interagissent en permanence avec les patients dans les espaces communs de l'unité. Ceci m'amène à confirmer qu'en prison, les employés, à tout le moins les gardiens, sont présents principalement dans un objectif de surveillance et non dans un objectif d'accompagnement.

Au surplus, j'ai été témoin, lors de la visite de l'établissement de détention, d'une approche de rivalité « détenus-agents » qui était ouvertement perpétuée et alimentée par les agents, favorisant ainsi un climat de tension entre les deux groupes. Qui plus est, les agents participaient au maintien d'un régime hiérarchique entre détenus, faisant passer leurs demandes par le biais du détenu « chef de l'aile », pour que ce dernier agisse à titre de quasi-gestionnaire de l'aile. Ce type de dynamique n'a pas cours à l'INPLPP, à ma connaissance, où les interventions menées par le personnel s'inscrivent plutôt dans une relation d'aide avec les patients.

Je note également les pratiques punitives, qui m'ont été exposées à la prison, tel le cas d'une unité où une « sieste » était obligatoire pour des périodes de 4 à 5 heures en après-midi. Ladite « sieste » consistait à enfermer en chambre des codétenus et cette mesure s'appliquait à ceux présentant des « problèmes de fonctionnement » (souvent des détenus ayant des problèmes de santé mentale, qui ont été qualifiés devant moi de « détenus difficiles »). À l'INPLPP, bien que les balises en matière d'isolement prévues à la LSSSS ne soient pas appliquées de façon parfaite, une telle façon de faire, guidée par une finalité punitive, ne serait pas tolérée. Cette visite d'un établissement de détention m'a ainsi permis de renforcer ma position selon laquelle l'INPLPP n'apparaît pas se définir comme une prison et ne devrait surtout pas être désignée et considérée ainsi.

fédérale » » : information tirée du Site Internet du Ministère de la sécurité publique, en ligne : < <https://www.securitepublique.gouv.qc.ca/services-correctionnels/fonctionnement.html> >.

Pourtant, au sein même de la direction de l'INPLPP, dans un récent passé, un directeur de l'établissement proposait une interprétation discordante sur les ondes d'une radio, en affirmant que l'INPLPP est un hôpital ayant été conçu pour soigner des détenus, laissant ainsi entendre que l'INPLPP est également un centre de détention⁸. À ce titre, le directeur en question faisait référence au fait que la Cour d'appel aurait statué que l'INPLPP est un centre de détention, qui doit disposer de toute la sécurité nécessaire à la prise en charge de détenus⁹.

Il est avéré que la Cour d'appel du Québec a déjà convenu, dans un arrêt de 1988¹⁰, que l'INPLPP est une prison. Le raisonnement derrière ce jugement se résumait en l'analyse d'une seule des composantes de l'établissement, soit la « classification des bénéficiaires »¹¹, sans égard aux autres attributs qui le constituent. Par une simple addition des statuts des personnes admises à l'INPLPP, dont la somme mettait en évidence qu'il s'agissait majoritairement de personnes inculpées ou déclarées coupables d'infractions ordinairement détenues¹², la Cour d'appel concluait que l'établissement répondait à la définition de « prison » prévue au Code criminel¹³ (ci-après « C.cr. »). Il faut garder en tête que cette décision a été rendue dans un contexte particulier, soulevant une question de droit du travail. La validité de cet arrêt, afin de déterminer le statut d'établissement de l'INPLPP, est plus qu'incertaine aujourd'hui.

Ceci dit, cette confusion est alimentée par cette sortie médiatique de la part de ce membre de la direction, mais également par le dépôt d'un rapport d'enquête confidentiel produit conjointement par le Collège des médecins et par l'Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec¹⁴, qui dénonce l'approche carcérale de l'établissement au détriment de la qualité des soins aux patients. Ceux-ci ont commandé une

⁸ Ariane LACOURSIERE, « Pinel, hôpital ou prison », *La Presse* (12/01/2017), en ligne : < <https://www.lapresse.ca/actualites/sante/201701/12/01-5058760-pinel-hopital-ou-prison.php> > (consulté le 28 janvier 2020).

⁹ *Id.*

¹⁰ *Syndicat des travailleurs unis de Pinel c. Institut Philippe Pinel de Montréal*, 1988 CanLII 309 (QC CA).

¹¹ *Id.*, par. 24.

¹² *Id.*

¹³ L.R.C. 1985, c. C-46, art.2.

¹⁴ Ariane LACOURSIERE et Gabrielle DUCHAINE, « “L'approche carcérale” de Pinel dénoncée par le Collège des médecins », *La Presse* (23/12/2016), en ligne : <<https://www.lapresse.ca/actualites/sante/201612/23/01-5054105-lapproche-carcerale-de-pinel-denoncee-par-le-college-des-medecins.php>> (consulté le 27 janvier 2020). Des demandes d'accès à l'information ont été transmises, en date du 4 juin 2019, auprès respectivement du Collège des médecins et de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec car ces deux ordres professionnels ont mené conjointement une enquête sur la qualité des soins offerts à l'INPLPP ; les deux ordres professionnels ont refusé la demande d'accès au rapport d'enquête en question.

intervention de la part des dirigeants de l'INPLPP. Conséquemment, le conseil d'administration et le comité de direction de l'INPLPP ont senti, en février 2017, qu'il était impératif de débrouiller cette « ambiguïté identitaire », laquelle aurait toujours existé dans la culture organisationnelle de l'établissement, puisqu'étant issu du milieu de la détention¹⁵. Par voie de communiqué, tout en concédant avoir conservé certaines caractéristiques carcérales et devoir recourir à divers mécanismes de contrôle et de protection, l'identité exclusive de l'INPLPP à titre d'établissement de santé a été réaffirmée¹⁶.

Malgré cette prise de position par les hautes instances, un certain flou demeure quant au statut réel de l'INPLPP. Celui-ci demeure imprécis, ce qui crée, pour l'ensemble des acteurs y œuvrant, une confusion dans laquelle ils doivent mener leurs interventions. Il s'agit d'une dualité instaurée au fil du temps, contestée, mais aussi confirmée sporadiquement par diverses instances, qui peut mener, selon certains, à des situations portant préjudice aux patients qui séjournent à l'INPLPP. De fait, Dave Holmes, chercheur affilié au Centre de recherche de l'INPLPP, est d'avis que de « prétendre [que l'INPLPP n'est pas uniquement un hôpital] peut avoir de sérieuses conséquences "pour la qualité des soins aux patients et l'avenir de la recherche dans cet établissement" »¹⁷. L'avocat spécialisé dans la défense des droits des patients, Me Jean-Pierre Ménard, abonde en ce sens, en déclarant que faire de l'INPLPP une prison « est inquiétant, car on risque de brimer les droits fondamentaux de certains patients »¹⁸.

Pourtant, le droit criminel, par le concept de non-responsabilité criminelle pour troubles mentaux intégré à l'article 16 C.cr., reconnaît qu'on ne peut tenir responsable d'un acte ou d'une omission criminel une personne, alors souffrant de troubles mentaux la rendant incapable d'en juger de la nature ou de la qualité ou de savoir si cela était mauvais. À l'endroit de ces personnes, qui font la démonstration d'une absence d'intention criminelle¹⁹ générée par un trouble mental, est rendu un verdict de non-responsabilité criminelle pour cause de troubles mentaux²⁰. À ce titre, le droit criminel se positionne manifestement à

¹⁵ Communiqué du conseil d'administration et du comité de direction de l'INPLPP, « L'institut Philippe-Pinel de Montréal, un établissement de santé », 2017-02-16, en ligne : <https://pinel.qc.ca/News.aspx?NavID=6918&CultureCode=fr-CA>.

¹⁶ *Id.*

¹⁷ A. LACOURSIERE, préc. note 8.

¹⁸ *Id.*

¹⁹ En droit criminel canadien, les éléments constitutifs d'un crime qui doivent être prouvés hors de tout doute raisonnable sont la commission de l'infraction criminelle (*actus reus*) et l'intention criminelle relevant de l'état d'esprit (*mens rea*) : HUGUES PARENT, *Traité de droit criminel : La culpabilité (actus reus et mens rea)*, t.2, 2^e éd., Montréal, Éditions Thémis, 2007.

²⁰ C.cr., art 672.36.

savoir que, si la détention d'une personne souffrant de troubles mentaux, à l'égard de laquelle un tel verdict a été rendu, est nécessaire²¹, celle-ci doit avoir lieu dans un hôpital et non dans une prison. Il est possible d'inférer là une reconnaissance du législateur fédéral, quant au fait que l'hôpital constitue un environnement plus adapté et adéquat pour les personnes affligées par des problèmes de santé mentale. L'INPLPP accueille des personnes détenues à la suite d'un verdict de non-responsabilité criminelle rendu en vertu de ce régime, ce qui constitue un repère à considérer dans la qualification de l'établissement.

Qui plus est, pourrait-on conclure qu'il est même problématique, pour la clientèle qui y est accueillie, de qualifier un établissement simplement en fonction du statut légal découlant du droit criminel qui est accolé aux personnes qu'il reçoit ? Cette question mérite d'être posée puisque le fait d'en venir à la conclusion que l'INPLPP est un établissement de santé et de services sociaux ferait en sorte qu'il doive répondre intégralement, dans un contexte de soins, aux impératifs de la LSSSS. Les patients admis devraient ainsi être considérés comme étant des « usagers » au sens de la LSSSS et bénéficier de l'ensemble des droits prévus à celle-ci. Il m'apparaît évident qu'une personne malade, physiquement ou mentalement, détenue ou non en vertu de dispositions du droit criminel, devrait pourtant pouvoir être soignée, de la même manière que tout autre patient. Voilà pourquoi il est nécessaire d'en venir à une élucidation juridique de ce problème de qualification qui plane sur l'INPLPP.

L'analyse réalisée dans le cadre du présent essai permettra de conclure que l'INPLPP est bel et bien un établissement de santé et de services sociaux au même titre que tous les autres établissements de ce type au Québec et que, bien que des indices multifactoriels puissent semer le doute, il ne s'agit pas d'un établissement de détention. Afin de réaliser cet examen et d'explorer les caractéristiques hospitalières et carcérales de l'INPLPP, en plus de référer aux régimes juridiques régissant les établissements de santé et les établissements de détention, mon cadre théorique est constitué à partir des œuvres de deux auteurs

²¹ Cette décision à l'effet de détenir la personne à l'hôpital plutôt que de la libérer inconditionnellement ou sous réserve de certaines modalités doit être prise en prenant en considération d'une part, la sécurité du public qui est le facteur prépondérant et, d'autre part, l'état mental de l'accusé, sa réinsertion sociale et ses autres besoins : art. 672.54 C.cr.

qui se consacrent notamment à l'étude des prisons et des hôpitaux psychiatriques : Michel Foucault²² et Erving Goffman²³.

Dans son ouvrage « Surveiller et Punir. Naissance de la prison »²⁴, Foucault a exploré les origines du système carcéral dans le but de comprendre les objectifs recherchés par l'invention de la prison. Selon la thèse de Foucault, la prison est en fait une forme de châtiment moderne qui recherche la punition, non par supplice corporel, tel que cela était le cas préalablement à son émergence, mais par la surveillance et le redressement incessants des délinquants, dans une dynamique de pouvoirs, de manière à les discipliner et à les rendre dociles. Somme toute, Foucault expose que cette méthode punitive qu'est la prison demeure une forme de châtiment infligé au corps du détenu, qui se retrouve totalement contrôlé lorsqu'enfermé.

Avant de s'intéresser au monde carcéral, Foucault s'était attardé à l'asile, une autre forme de lieu de contrôle selon lui, par le biais de son étude de la folie. Dans sa thèse de doctorat « Histoire de la folie à l'âge classique »²⁵, Foucault s'est inscrit comme un dur critique de la discipline qu'est la psychiatrie. La naissance de l'asile comme nouvelle terre d'accueil des « fous », qui se retrouvaient jusqu'alors souvent renvoyés au système carcéral avec les délinquants, ne constitue pas, pour Foucault, une avancée tout à fait positive. De fait, pour lui, lorsqu'il est gardé à l'asile, l'être atteint de folie se retrouve captif du pouvoir médical qui le contrôle tout autant.

Quant à Goffman, dans « Asiles. Études sur la condition sociale des malades mentaux »²⁶, celui-ci s'est penché sur le concept d'« institution totalitaire » en examinant plusieurs types d'entre elles, dont l'hôpital psychiatrique ou l'asile, et en faisant ressortir les particularités qui leur sont homologues. Par une incursion dans le monde psychiatrique, Goffman a examiné « l'univers du reclus » - le reclus étant le patient

²² Michel Foucault est un philosophe et psychologue français du XX^e siècle, qui s'est attardé à des thèmes jadis plutôt absents de la philosophie, telles la folie, la prison et la sexualité : ENCYCLOPÉDIE LAROUSSE EN LIGNE : < https://www.larousse.fr/encyclopedia/personnage/Michel_Foucault/120008 >.

²³ Erving Goffman est un sociologue du XX^e siècle d'origine canadienne, mais ayant vécu aux États-Unis qui a étudié le comportement individuel et le code social dans lequel il est perçu : ENCYCLOPÉDIE LAROUSSE EN LIGNE : < https://www.larousse.fr/encyclopedia/personnage/Erving_Goffman/121693 >.

²⁴ Michel FOUCAULT, *Surveiller et punir*, 2^e éd., Paris, Tel Gallimard, 1975.

²⁵ M. FOUCAULT, *Histoire de la folie à l'âge classique*, préc., note 1.

²⁶ Erving GOFFMAN, *Asiles – Études sur la condition sociale des malades mentaux*, traduit par Les Éditions de Minuit, Paris, Les Éditions de Minuit, 1968.

séjournant dans ces institutions – en faisant ressortir le contrôle qu'exercent ces établissements à vocation sociale sur le mode de vie du reclus, notamment par l'isolement du monde extérieur, par la promiscuité avec les autres reclus et par les multiples rites et règles en vigueur. Ceux-ci se retrouvent, pour Goffman, à perdre une partie de leur personnalité, qui se voit mortifiée par le cadre des institutions totalitaires. Goffman étant également critique à l'égard de la psychiatrie prend la parole des malades plutôt que celle des médecins dans son ouvrage, afin de mettre en relief les visées divergentes de ces deux groupes.

Afin de trouver réponse au problème de qualification de l'INPLPP, il apparaît essentiel d'explorer, sous plusieurs angles, et à la lumière de ces auteurs, le caractère hybride – hospitalier et carcéral –, qui plane sur l'établissement. La première partie de cet essai est ainsi consacrée à cette exploration, qui doit se ventiler en différents thèmes, passés et actuels, pour en venir à bien saisir les enjeux liés à l'ambiguïté perpétuelle affectant le statut réel de l'INPLPP, mais surtout à faire ressortir sa véritable vocation hospitalière. Alors qu'un retour dans le passé s'avère crucial, dans un premier temps, afin de comprendre l'histoire qui est à l'origine de la dualité de vocation de l'INPLPP, il est essentiel de disséquer les caractéristiques modernes qui façonnent aujourd'hui l'INPLPP.

C'est ainsi que, pour débiter la deuxième section de cette partie, je camperai la place tenue par l'INPLPP au sein du réseau de la santé et des services sociaux. Il sera ensuite pertinent de s'attarder sur la spécialité guidant les services offerts par l'établissement, soit la psychiatrie légale. Puis, la mission au cœur de l'INPLPP sera détaillée, les spécificités de la clientèle y étant admise seront étudiées et l'organisation des services y étant offerts, analysée, de même que la description du personnel employé. J'exposerai ensuite un portrait des lieux physiques de l'INPLPP, pour terminer par un examen des sources de budget de l'établissement. L'exposition et l'étude de ces attributs permettront de répondre à la question de la qualification de l'INPLPP.

Dans la deuxième partie de cet essai, je me pencherai sur une pratique particulière et ciblée qui est propre à l'INPLPP, puisque non appliquée, à ma connaissance, dans les autres établissements de santé et de services sociaux québécois, mais qui rappelle plutôt l'univers carcéral : le verrouillage systématique des portes de chambres des patients la nuit. Par l'examen de celle-ci, je mettrai en évidence les obstacles à la justification du recours à celle-ci à partir du moment où l'INPLPP est considéré comme un établissement de santé et de services sociaux. Au final, mon analyse permettra de conclure que l'INPLPP est un établissement de santé et de services sociaux et qu'il doit le rester.

1. L'EXPLORATION DU CARACTÈRE HYBRIDE DE L'ÉTABLISSEMENT

Cette première partie constitue une phase descriptive et analytique qui s'avère fondamentale, puisque révélatrice de multiples particularités, qui illustrent et justifient la réflexion quant au statut de l'INPLPP. De par les cloisons, sociales et matérielles, dressées sur le monde extérieur, la charpente actuelle de l'INPLPP, à laquelle sont toujours bien rattachées les empreintes du passé, répond assurément à la définition d'une « institution totalitaire »²⁷ définie par Goffman. La difficulté à départager le statut réel de l'INPLPP est redoublée, lorsqu'on constate que deux des cinq groupes identifiés par Goffman²⁸ comme constituant des institutions totalitaires propres à nos sociétés sont les hôpitaux psychiatriques et les prisons et établissements pénitentiaires²⁹. D'une part, Goffman définit la visée du groupe incluant les hôpitaux psychiatriques comme étant celle de « prendre en charge les personnes jugées à la fois incapables de s'occuper d'elles-mêmes et dangereuses pour la communauté, même si cette nocivité est involontaire »³⁰. D'autre part, il circonscrit le groupe intégrant les prisons et les établissements pénitentiaires en précisant que celui-ci est « destiné à protéger la communauté contre des menaces qualifiées d'intentionnelles, sans que l'intérêt des personnes séquestrées soit le premier but visé »³¹.

Un historique de l'établissement sera d'abord présenté de manière à comprendre le contexte dans lequel il est né et les objectifs visés par sa création. Puis, un exposé et une analyse des caractéristiques de l'INPLPP contemporain permettront de mettre en évidence l'éternelle dichotomie de sa vocation et de, peu à peu, alimenter la réflexion, afin de mener à une résolution du problème relatif à sa qualification réelle. Les

²⁷ E. GOFFMAN, préc., note 26, p. 41 et suiv.

²⁸ La schématisation établie par Goffman, bien qu'elle soit imprécise et incomplète à ses dires, classe les institutions totalitaires en cinq groupes : le premier regroupe les organismes prenant en charge les personnes jugées incapables et inoffensives (foyers pour aveugles, vieillards, orphelins et indigents) ; le deuxième, tel que décrit précédemment, fait référence aux établissements qui s'occupent des personnes jugées incapables et dangereuses, involontairement, pour la communauté (hôpitaux psychiatriques et léproseries) ; le troisième, ayant déjà été décrit, inclut les milieux destinés à protéger la communauté des personnes dangereuses intentionnellement (prisons, établissements pénitentiaires, camps de prisonniers et camps de concentration) ; le quatrième englobe les institutions constituées dans le but utilitaire d'optimiser les conditions pour la réalisation d'une tâche donnée (casernes, navires, internats, camps de travail, forts coloniaux et grandes maisons) ; et finalement, le cinquième rassemble les lieux qui visent une retraite hors du monde, utilisés fréquemment pour former des religieux (abbayes, monastères, couvents et autres communautés religieuses) : E. GOFFMAN, préc., note 26, p. 46 et 47.

²⁹ E. GOFFMAN, préc., note 26, p. 46.

³⁰ *Id.*

³¹ *Id.*

éléments étudiés exhiberont, de façon concrète, les composantes de chaque monde – hospitalier et carcéral –, qui se côtoient au jour le jour au sein de l’institution et qui permettent d’illustrer les caractéristiques de l’INPLPP, celles-ci étant propres à deux types d’institutions totalitaires³², tout en révélant une propension à la qualification hospitalière.

1.1 La genèse

L’ambiguïté au cœur de cette réflexion, quant au statut juridique de l’INPLPP, remonte aux événements qui ont mené à sa naissance, celle-ci étant en elle-même l’origine frappante de cette confusion. En effet, c’est sur une toile de fond d’origine carcérale que naît cet établissement qui, bon nombre d’indices en témoignent, est désireux d’assumer une vocation hospitalière. Foucault pourrait y voir là la construction d’un nouveau lieu d’emprisonnement moral de la folie dirigé par le contrôle médical dans lequel les contraintes s’exercent tout autant, mais de l’intérieur, sur les individus : « un espace judiciaire où l’on est accusé, jugé et condamné, et dont on ne se libère que par la version de ce procès dans la profondeur psychologique, c’est-à-dire par le repentir »³³.

L’ancêtre direct de l’établissement portait le nom d’« asile des détenus aliénés de Bordeaux »³⁴, « Bordeaux » référant à la prison désignée ainsi³⁵. Il s’agit donc d’un fait non dépourvu d’intérêt qu’il était question d’un asile, une forme d’institution ayant précédé l’hôpital psychiatrique moderne, créé entre les murs d’une prison, principalement à l’intérieur de l’une de ses ailes. On y accueillait alors, et de façon de plus en plus importante à travers les années, des patients psychiatriques violents transférés par d’autres hôpitaux ou des malades criminalisés³⁶.

³² *Id.*, p. 47.

³³ M. FOUCAULT, préc. note 1, p. 623.

³⁴ Par proclamation, le gouvernement du Québec ordonne et décrète « que l’asile des détenus aliénés localisé dans l’aile « C » et dans le soubassement de l’aile « D » de la prison de Bordeaux, y compris les cours adjacentes, soit à compter du 15 février 1927, un asile public d’aliéné, lequel sera connu sous le nom de « l’asile des détenus aliénés de Bordeaux », pour la réception des aliénés envoyés d’un pénitencier, d’une prison ou de tout autre endroit de détention de la province, pour être gardés dans un asile d’aliénés dans les cas prévus par une loi du Canada ou de la province » : Gazette officielle du Québec, 5 février 1927 (no 5), p. 514-515.

³⁵ Cette prison provinciale est aujourd’hui désignée « Établissement de détention de Montréal » et est régie par le Ministère de la sécurité publique : information apparaissant sur le site Internet du Ministère de la sécurité publique, en ligne : <http://www.securitepublique.gouv.qc.ca/services-correctionnels/milieu-carceral/etablisements-detention.html> (consulté le 12 juin 2019).

³⁶ Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel, « Historique », site Internet de l’INPLPP, en ligne : <http://www.pinel.qc.ca/ContentT.aspx?NavID=101&CultureCode=fr-CA> (consulté le 4 juin 2019).

Au Québec, les années 1960 sont marquées par un souffle désireux de rupture avec le système asilaire s'étant ancré au cours des dernières décennies³⁷, voir des siècles derniers, à travers l'histoire même de l'internement³⁸. Les interrogations post Seconde guerre mondiale, quant aux incidences dévastatrices que pourraient provoquer l'internement sur les malades mentaux³⁹ et l'avènement de la revendication des droits des patients psychiatriques⁴⁰, notamment grâce à la révélation des conditions de séjour lamentables en hôpital psychiatrique exposées dans le livre *Les fous crient au secours*⁴¹, forcent le gouvernement provincial de l'époque – le gouvernement libéral de Jean Lesage – à agir. C'est ainsi qu'est constituée la Commission d'étude des hôpitaux psychiatriques (ci-après « Commission Bédard ») dirigée par trois psychiatres, dont son président, le docteur Dominique Bédard.

Dans le cadre de sa démarche, la Commission Bédard visite plusieurs hôpitaux, notamment l'Hôpital psychiatrique de Bordeaux⁴², qui correspond à l'« asile des détenus aliénés de Bordeaux », prédécesseur de l'INPLPP. Bien que, par proclamation en 1927, le gouvernement du Québec ait nommé cette institution « asile des détenus aliénés de Bordeaux »⁴³, il semble que l'appellation de l'institution ait évolué, de façon informelle, avec le courant critique et cette volonté grandissante de cassure avec le système asilaire. En effet, cette désignation d'asile ne se retrouve pas subséquemment dans la littérature consultée. On fait plutôt référence à l'« Hôpital de Bordeaux », dénomination retenue dans le Rapport de la Commission Bédard. Cette supposition cadre avec un désir de changement annoncé par des réformes dans les années 1920 où « on voit une forte volonté d'envisager l'asile non plus comme un lieu d'enfermement, mais comme un hôpital qui traite et guérit »⁴⁴. Ce mouvement d'« hôpital psychiatrique repensé » se poursuit dans le courant des années 1950 et implique, bien que la destruction de tous les asiles soit impensable,

³⁷ Marie-Josée FLEURY et Guy GRENIER, « Historique et enjeux du système de santé mentale québécois », (2004) *Ruptures*, revue transdisciplinaire en santé, vol. 10, n° 1, p. 21-38.

³⁸ M. FOUCAULT, préc., note 1 : Michel Foucault, dans cet ouvrage, décrit et commente le concept de la « folie », notamment la structure de l'internement, à travers l'histoire, du Moyen Âge au XIXe siècle.

³⁹ M.-J. FLEURY et G. GRENIER, préc., note 37, p. 24.

⁴⁰ Emmanuelle BERNHEIM, « Le refus de soins psychiatriques est-il possible au Québec ? Discussion à la lumière du cas de l'autorisation de soins », (2012) 57 : 3 RD McGill 553, p. 555 à 558.

⁴¹ Jean-Claude PAGE, *Les fous crient au secours*, Montréal, Édition du Jour, 1962.

⁴² Dominique BÉDARD, Denis LAZURE et Charles-A. ROBERTS, *Rapport de la Commission d'étude des hôpitaux psychiatriques*, Québec, Ministère de la santé, 1962, p. 3.

⁴³ Voir note 34.

⁴⁴ Marie-Claude THIFAUT et Isabelle PERREAU, « Premières initiatives d'intégration sociale des malades mentaux dans une phase de pré-désinstitutionnalisation. L'exemple de Saint-Jean-de-Dieu, 1910-1950 », *Les publications Histoire sociale / Social History Inc.*, Volume 44, numéro 88, novembre 2011, p. 207.

que ceux-ci doivent être convertis en milieu de vie communautaire et thérapeutique⁴⁵. Au niveau de la législation régissant les établissements accueillant des malades mentaux, on retrouve là aussi une transformation lexicale de l'« asile » vers l'« hôpital » : en 1950 est sanctionnée la *Loi concernant les hôpitaux pour le traitement des maladies mentales*⁴⁶, qui prévoit, à son article 3, l'abrogation de la *Loi des asiles d'aliénés*⁴⁷. Comme l'expriment les auteures Thifault et Perrault, selon cette nouvelle loi, « [e]n 1950, l'asile devient officiellement un hôpital, l'aliéné devient un malade mental et l'internement est une hospitalisation »⁴⁸. C'est donc dire que, malgré sa situation isolée à l'intérieur des murs d'une prison, l'« asile des détenus aliénés de Bordeaux » aurait été entraîné par cette vague ayant accompagné les établissements psychiatriques, ce qui démontre une intention d'inclusion de cette institution dans le monde hospitalier.

Déjà à cette époque, l'Hôpital de Bordeaux est doté d'un caractère spécifique et insaisissable. De fait, les membres de la Commission Bédard, lorsqu'ils procèdent à la classification des hôpitaux examinés en quatre groupes, distinguent l'Hôpital de Bordeaux en le répertoriant, avec deux autres hôpitaux⁴⁹, dans le quatrième groupe, qualifié de « groupe à part », chacun de ces hôpitaux y figurant « pour des raisons qui ne leur sont pas communes »⁵⁰. De leur propre chef, les membres de la Commission Bédard admettent que leur classification en quatre groupes comporte une part d'arbitraire⁵¹. Or, ils estiment que l'Hôpital de Bordeaux n'est pas caractérisé par les attributs retenus qui sont propres à l'un des trois autres groupes possédant chacun des caractéristiques communes.

Le premier de ces groupes est subdivisé en deux sous-groupes. Le premier sous-groupe inclut les grands hôpitaux dans lesquels sont dispensés des services thérapeutiques par un personnel professionnel à des patients « internés » et où l'admission, le congé et la libération de ceux-ci sont régis par l'application de

⁴⁵ Catherine DUPREY, *La crise de l'enfermement asilaire au Québec à l'orée de la révolution tranquille*, Mémoire de maîtrise, Université du Québec à Montréal (2007) Archipel UQAM, p. 129-132.

⁴⁶ Statuts refondus, 1950, c. 31.

⁴⁷ Statuts refondus, 1941, c. 189.

⁴⁸ M.-C. THIFAUT et I. PERREAU, préc., note 44, p. 211.

⁴⁹ Ces deux autres hôpitaux sont l'Hôpital Ste-Anne de Bellevue, un centre de réhabilitation strictement réservé pour anciens combattants et à l'égard duquel la Commission Bédard n'estime pas avoir l'autorité pour émettre des recommandations, et le Pavillon St-Georges, un hôpital psychiatrique en construction, donc encore à l'étape de projet au moment où la Commission Bédard mène son étude : D. BÉDARD, D. LAZURE et C.-A. ROBERTS, préc., note 42, p. 125 à 128.

⁵⁰ D. BÉDARD, D. LAZURE et C.-A. ROBERTS, préc., note 42, p. 4.

⁵¹ *Id.*

lois spécifiques⁵². Quant au deuxième sous-groupe, il comprend les hôpitaux, qui sont soumis aux mêmes procédures légales que ceux du premier sous-groupe, mais qui offrent des traitements psychiatriques très limités, pour la plupart hors des villes de Montréal et de Québec⁵³. Puis, le deuxième groupe diffère du premier groupe en ce sens que les patients sont admis de leur plein gré ; de ce fait, les procédures légales auxquelles les membres de la Commission Bédard font référence dans la description des sous-groupes du premier groupe ne sont pas requises ni utilisées par les hôpitaux de ce deuxième groupe⁵⁴. Finalement, le troisième groupe rassemble des hôpitaux accueillant des patients souffrant d'« arriération mentale à tous les degrés », qui sont soumis aux procédures légales décrites dans le premier groupe, mais qui n'offrent pratiquement aucun programme thérapeutique⁵⁵.

Les membres de la Commission Bédard considèrent donc que l'Hôpital de Bordeaux ne peut faire partie de l'un de ces trois groupes, et ce pour des raisons qu'ils ne détaillent point dans leur rapport, mais qu'ils qualifient comme étant non communes par rapport à celles des deux autres hôpitaux qui sont, eux aussi, exclus des trois groupes établis. La thèse qui apparaît la plus probable relativement à cette mise à l'écart de l'Hôpital de Bordeaux par les commissaires réside dans le statut de « détenus » qui devrait qualifier les patients qui y sont hospitalisés, puisque l'établissement est « associé intimement à la prison du même nom »⁵⁶. L'accent est mis sur le verbe « devoir », conjugué au conditionnel, car le rapport de la Commission Bédard précise une observation faite par ses membres : la plupart des malades « détenus » à l'Hôpital de Bordeaux ne devraient justement pas y être hospitalisés, mais le sont en raison du fait que l'Hôpital Saint-

⁵² La Commission Bédard réfère à la « Loi sur la curatelle publique » ainsi qu'à la « Loi des hôpitaux pour malades mentaux » qui n'a pu être identifiée par une consultation de la Gazette officielle du Québec. Les membres de la Commission Bédard n'étant pas juristes, il est possible qu'ils aient plutôt voulu référer à la *Loi des institutions pour malades mentaux*, Gazette officielle du Québec, 21 avril 1950 (no 15A), p. 36 à 42, celle-ci prévoyant « [l']admission et [le] traitement des malades » ainsi que les « congés et [le] transfert des malades ». Cette Loi comprend des dispositions qui peuvent être qualifiées de prédécesseurs à la *Loi sur la protection des personnes l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*, RLRQ, c. P-38.001 : « Lorsqu'un médecin est d'avis qu'il est nécessaire, pour la protection de la vie d'un malade qu'il est nécessaire, pour la protection de la vie d'un malade mental ou pour la sécurité, la décence ou la tranquillité publique, de le faire admettre dans un hôpital, il peut obtenir de tout juge des sessions, magistrat de district, recorder ou juge de paix de la localité où se trouve le malade, une ordonnance de transport de ce dernier dans un hôpital » (art. 12). Les notions de « cure libre » et de « cure fermée » font partie intégrante de cette Loi : « Un malade traité en cure libre peut quitter l'hôpital à volonté. Celui qui y est traité en cure fermée ne peut le quitter sans l'autorisation écrite du surintendant » (art. 17). Il est fort probable que les membres de la Commission Bédard faisaient référence à des patients en « cure fermée » lorsqu'ils qualifient les patients du premier groupe comme étant « internés » ; cela concorde en effet avec la distinction du deuxième groupe qui suit ; dans ce groupe, le séjour des patients dans les hôpitaux listés semble correspondre à une « cure libre ».

⁵³ D. BÉDARD, D. LAZURE et C.-A. ROBERTS, préc., note 42, p. 4.

⁵⁴ *Id.*

⁵⁵ *Id.*

⁵⁶ *Id.*, p. 122.

Jean-de-Dieu⁵⁷ ne suffit pas aux demandes d'admission⁵⁸. Ainsi, l'Hôpital de Bordeaux devrait, selon les membres de la Commission, n'accueillir que des « détenus » qui, sans leur maladie mentale, seraient confinés à la prison, de là la division faite entre l'Hôpital de Bordeaux et ceux des autres groupes institués. L'attribut carcéral de l'Hôpital de Bordeaux semble ainsi faire en sorte qu'on le considère, déjà à l'époque de la Commission Bédard, comme étant une entité « à part »⁵⁹.

La gravité des constats de la Commission Bédard suite à son incursion dans le monde de l'Hôpital de Bordeaux force ses membres à communiquer leurs recommandations au ministère de la Santé avant même la rédaction du rapport qui en découlera, notamment celle qui a trait à la désaffectation de cet hôpital⁶⁰. Leur rapport fait état de l'insuffisance des traitements disponibles, tant quantitativement que qualitativement, et de conditions de vie insalubres pour les malades, au niveau de l'hygiène générale, mais également au niveau de l'hygiène alimentaire⁶¹. Au surplus, les membres de la Commission Bédard insistent sur ce qu'ils qualifient de « plus grave encore », soit la situation décrite précédemment selon laquelle une majorité de patients enfermés à l'Hôpital de Bordeaux ne devraient pas y être, mais devraient plutôt être admis dans un hôpital du premier groupe. En effet, « les familles, angoissées et lasses d'attendre, finissaient par porter plainte contre leur malade à la Police qui, au moyen d'une charge « technique », pouvait obtenir l'internement du patient à l'[H]ôpital de Bordeaux »⁶². Il est particulier qu'on semble inférer qu'une personne atteinte de troubles mentaux ne nécessite pas le même cadre de soins selon qu'elle ait commis une infraction criminelle ou non⁶³.

⁵⁷ L'hôpital Saint-Jean-de-Dieu est inclus dans le premier sous-groupe du premier groupe établi dans le Rapport de la Commission Bédard : D. BÉDARD, D. LAZURE et C.-A. ROBERTS, préc., note 42, p. 4.

⁵⁸ *Id.*, p. 122.

⁵⁹ *Id.*, p. 4.

⁶⁰ *Id.*, p. 122.

⁶¹ *Id.*

⁶² *Id.*

⁶³ À ce titre, il est intéressant, bien que désolant, de constater que, à ce jour, les difficultés en termes d'accessibilité aux ressources en santé mentale mènent souvent à la judiciarisation, civile ou criminelle, des personnes souffrant de problèmes de santé mentale : Doris PROVENCHER, « La judiciarisation des problèmes de santé mentale : une réponse à la souffrance? », *Revue Le Partenaire*, vol. 19, numéro 1, printemps 2010, p. 18 à 24. Qui plus est, il semble que ce soit encore aujourd'hui les proches, famille et amis « souvent à bout de ressources », qui soient les principaux requérants lors des demandes de gardes en établissement civils. Les proches seraient effectivement, dans un pourcentage de 76% selon une étude réalisée en 2010, ceux qui sont à l'origine de la mise en application de la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental représente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*, préc., note 52 : Marcelo OTERO, « Société, psychiatrie et justice au Québec : de la désinstitutionnalisation à la déjudiciarisation », *Revue Le Partenaire*, vol. 19, numéro 1, printemps 2010, p. 28.

La fermeture de l'Hôpital de Bordeaux est conséquemment annoncée par le Ministère de Santé en décembre 1961⁶⁴. Le Rapport Bédard souligne précisément l'incongruité - et les effets néfastes et « anti-thérapeutiques » - résidant dans le fait qu'un hôpital ait la structure d'une prison puisqu'étant constitué dans une aile pénitentiaire⁶⁵. Ainsi, la recommandation ultime des commissaires consiste en la construction d'un nouvel « hôpital pour malades présentant des troubles graves de comportement »⁶⁶, afin de remplacer l'Hôpital de Bordeaux. Le Rapport de la Commission Bédard détaille les « exigences »⁶⁷, auxquelles on devra répondre grâce à cette structure réinventée. Il convient de les reproduire intégralement, car elles constituent les assises de l'établissement qui verra le jour, en l'occurrence, l'INPLPP :

« a) Être construite à Montréal même ou en banlieue immédiate de Montréal; cette qualité permettant entre autres choses d'affilier cet hôpital à l'Université de Montréal et de procurer aux étudiants de différentes facultés un enseignement pratique de première importance (étudiants en psychiatrie, en droit, en sciences sociales, etc...)

b) Comporter tous les moyens de sécurité.

c) Dispenser une thérapie moderne de réhabilitation selon une formule qui tienne compte en particulier des résultats de toute une série d'investigations diagnostiques et des possibilités de réadaptation sociale de chacun des patients.

d) De ne recevoir que les patients présentant des troubles graves du comportement. Il peut paraître inutile de souligner ce point; il n'en est rien car l'expérience nous apprend que la tendance est de diriger trop facilement vers un tel milieu des malades qui n'appartiennent pas à cette catégorie sous prétexte d'incidents sérieux ou non, mais qui de toute façon ne commandent pas une telle mesure.

e) De ne faire aucune différence dans ses critères d'admission entre ceux qui ont des démêlés avec la justice et ceux contre lesquels aucune plainte judiciaire n'a été portée ».⁶⁸

Un comité composé de trois psychiatres, les docteurs Lucien Panaccio, Bruno Cormier et Camille Laurin, a été mandaté pour élaborer le modèle politique et organisationnel de cette structure à édifier, à la lumière des recommandations émanant du Rapport Bédard⁶⁹. À la suite des travaux réalisés par ce comité, le

⁶⁴ D. BÉDARD, D. LAZURE et C.-A. ROBERTS, préc., note 42, p. 122.

⁶⁵ *Id.*

⁶⁶ *Id.* p. 123.

⁶⁷ *Id.*

⁶⁸ *Id.*

⁶⁹ Danielle POULIOT et Frédéric MILLAUD, Institut Philippe Pinel – 50 ans d'histoires, Montréal, Art Gloal, éditeur, 2014, p. 23.

gouvernement québécois autorise la construction d'un « hôpital psychiatrique à sécurité maximale »⁷⁰. Sur une photographie du chantier de construction de l'établissement en devenir, on retrouve un écriteau reprenant cette expression dissonante, « Institut Pinel – Hôpital psychiatrique à sécurité maximale ». Il y a là une incompatibilité manifeste entre le terme « hôpital », référant à un milieu de soins, et l'expression « sécurité maximale », se rapportant au monde de la détention⁷¹. C'est ainsi que l'Institut Philippe-Pinel de Montréal, maintenant INPLPP, voit le jour⁷², par le biais d'une corporation, en 1964.

Le Docteur Laurin⁷³, un des membres de ce comité, insiste pour que cette institution porte le nom du légendaire médecin français, Philippe Pinel, à qui on accole, durant la Révolution française, l'image de libérateur des aliénés enchaînés dans les asiles, qui y fait entrer le savoir médical et les approches thérapeutiques nouvelles en psychiatrie⁷⁴. Bien que généralement dépeint de façon positive par la communauté psychiatrique, ce patriarche de l'asile moderne a fait l'objet de critiques, notamment par Foucault, qui a qualifié Philippe Pinel de « symbole de la « bonne liberté », celle qui, délivrant les plus insensés et les plus violents des hommes, dompte leurs passions et les introduit dans le monde calme des vertus traditionnelles »⁷⁵. Foucault lui reprochait ainsi l'usage de méthodes moralisatrices guidées par la ségrégation, l'autorité et la punition qui emprisonnent la folie dans un monde moral⁷⁶.

Cela dit, ce choix de nom pour l'établissement n'est pas anodin, venant d'un psychiatre qui, puis-je m'avancer à penser, tient en haute estime le personnage. On peut y voir là une volonté de mettre en avant-plan le domaine de la psychiatrie et la conception d'un lieu spécialisé dans le traitement, plus

⁷⁰ L'expression « hôpital psychiatrique à sécurité maximale », tirée directement de l'univers carcéral, est retrouvée dans l'historique de l'INPLPP figurant sur son site Internet : <<http://www.pinel.qc.ca/ContentT.aspx?NavID=101&CultureCode=fr-CA>> (consulté le 4 juin 2019). Toutefois, cette expression exacte n'est pas retrouvée telle quelle dans le Rapport Bédard, qui requiert plutôt que l'établissement en devenir doive « comporter tous les moyens de sécurité », ni dans un document gouvernemental. Ce vocable est d'ailleurs toujours utilisé dans le monde carcéral. Par exemple, les prisons fédérales « Établissement Port-Cartier » et « Établissement de Donnacona » sont qualifiées comme étant des « établissements à sécurité maximale », site Internet de Service correctionnel Canada : <https://www.csc-scc.gc.ca/institutions/001002-2000-fra.shtml> (consulté le 4 juin 2019).

⁷¹ *Id.*, photographie se retrouvant à l'ouverture de l'ouvrage.

⁷² D. POULIOT et F. MILLAUD, préc., note 69, p. 25.

⁷³ Camille Laurin mènera par la suite une carrière politique au sein du Parti québécois, en tant que député et ministre d'État au Développement culturel, site Internet de l'Assemblée nationale, en ligne : <<http://www.assnat.qc.ca/fr/deputes/laurin-camille-4031/biographie.html>> (consulté le 4 juin 2019).

⁷⁴ Portraits de médecins, Philippe Pinel, en ligne : <<http://www.medarus.org/Medecins/MedecinsTextes/pinelp.html>> (consulté le 4 juin 2019).

⁷⁵ M. FOUCAULT, préc., note 1, p. 596.

⁷⁶ *Id.*, p. 623.

« humain » – en comparaison avec les conditions mises au grand jour à l'Hôpital de Bordeaux – d'un groupe de personnes particulier, des « patients présentant des troubles graves du comportement »⁷⁷. La corporation créée et son nom identifié, il faudra pourtant attendre encore quelques années, soit 1970, avant que l'institut déménage dans l'emplacement actuel de l'INPLPP. Jusqu'alors, la corporation organisait toujours ses soins et services entre les murs de la prison de Bordeaux.

Les commentaires des architectes ayant reçu le mandat de dessiner le nouvel hôpital sont particulièrement révélateurs : « Nous avons cherché la meilleure solution pour éviter de donner aux patients une impression de réclusion, ce qui serait très mauvais pour leurs traitements »⁷⁸. Ainsi, on cherche à élaborer des salles de séjour ouvertes sur l'extérieur, des unités de soins sur pilotis qui permettent de voir plus loin dehors, des aires communes centrales pour favoriser la thérapie de groupe, des espaces extérieurs de jeux et de repos et des ateliers offrant des lieux de travail et de récréation⁷⁹. Des visites d'hôpitaux américains à mission similaire ont par ailleurs eu lieu, afin de mettre en place un « cadre sécuritaire »⁸⁰. De manière à répondre à ce cadre, un « concept architectural où les unités de vie se déploient à partir d'un axe central "formant une barrière naturelle contre les évasions" »⁸¹ est élaboré. Bien que l'on semble chercher à s'éloigner de la rigidité architecturale propre à la prison et à s'approcher d'une structure répondant aux visées thérapeutiques d'un hôpital, les considérations « sécuritaires » font en sorte que l'aspect carcéral n'est pas complètement évacué de la configuration des lieux.

L'histoire de l'INPLPP expose plusieurs éléments qui permettent de situer l'incertitude liée à sa qualification. La naissance d'un hôpital dans une prison constitue un fait révélateur. Par ailleurs, bien que la référence à un volet « sécuritaire » ne soit jamais écartée tout au long de la réflexion sur l'élaboration de la nouvelle entité, une constance est retrouvée, quant au virage axé sur l'humanisation du traitement et sur la thérapie moderne, ce qui permet de conclure qu'on a travaillé à ériger un hôpital et non une prison. Pourtant, c'est également sous le couvert de considérations supposément humanistes, mais qui sont considérées par Foucault comme étant des nouvelles techniques de pouvoir, qu'un tournant s'est opéré au niveau de l'évolution des méthodes punitives ayant mené à l'avènement des prisons, celles-ci

⁷⁷ D. BÉDARD, D. LAZURE et C.-A. ROBERTS, préc., note 42, p. 123.

⁷⁸ D. POULIOT et F. MILLAUD, préc., note 69, p. 25, citant le « Rapport des architectes Blouin et Blouin Architectes et Beauvais & Lusignan, janvier 1964.

⁷⁹ *Id.*, p. 25.

⁸⁰ *Id.*

⁸¹ *Id.*

ayant succédé aux punitions qui s'attaquaient au corps des condamnés par le biais de divers sévices corporels⁸². L'édification de cette nouvelle entité qu'est l'INPLPP constitue une forme de « douceur thérapeutique » qu'on semble avoir voulu substituer, ou possiblement superposer, à la « douceur pénale »⁸³ du monde carcéral. Il convient maintenant de se transporter dans le présent, afin d'observer comment les origines de l'INPLPP ont teinté son statut et ce vers quoi celui-ci tend maintenant à se rattacher.

Il importe de mentionner que, dans la foulée d'une démarche de hiérarchisation des services de psychiatrie légale au Québec de manière à « améliorer l'accessibilité, la continuité, la sécurité et la qualité des services dispensés aux personnes judiciairisées ayant des troubles mentaux tout en assurant la protection du public »⁸⁴, un changement de dénomination de l'établissement s'est effectué en juillet 2018. L'établissement, qui portait le nom d'Institut Philippe-Pinel de Montréal, est maintenant désigné INPLPP⁸⁵, ce qui lui confère officiellement une mission nationale qu'il assumait déjà.

1.2 Le portrait actuel de l'INPLPP

La présente sous-section permettra de faire ressortir que l'INPLPP, bien que comportant toujours des particularités propres aux établissements correctionnels, concorde de façon plutôt juste au dessein qui caractérise les hôpitaux psychiatriques. Pour ce faire, il est pertinent de s'attarder à plusieurs composantes qui singularisent l'établissement. C'est ainsi qu'il sera essentiel de situer, en premier lieu, la place qu'occupe l'INPLPP au sein du réseau de la santé et des services sociaux. Puis, une bonne compréhension de la discipline au cœur du mandat de l'INPLPP, soit la psychiatrie légale, permettra de mettre en lumière la dualité résidant au sein même de celle-ci. Suivront une analyse de la mission de l'établissement, un examen des particularités spécifiques de la clientèle qui y est admise, un portrait du personnel employé par l'établissement ainsi qu'une appréciation de la façon dont sont organisés les services qui y sont offerts.

⁸² M. FOUCAULT, préc., note 24.

⁸³ La « douceur pénale » est une expression utilisée par Michel Foucault dans M. Foucault, préc., note 24, faisant référence aux peines purgées en prison, lesquelles demeurent une technique de contrôle sur le corps des condamnés, bien qu'elle puisse sembler plus « douce » par rapport aux supplices corporels auxquels on avait recours antérieurement dans le monde de la punition.

⁸⁴ AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL, *Psychiatrie légale – Proposition d'organisation des services hiérarchisés de psychiatrie légale à Montréal*, mai 2014, en ligne : <https://santemontreal.qc.ca/fileadmin/user_upload/Uploads/tx_asssmpublications/pdf/publications/Proposition_d_org_des_services_hierarchises_de_psy._legale_a_Mtl_-_mai_2014.pdf> (consulté le 30 juillet 2019).

⁸⁵ Consultation du site Internet du Registraire des entreprises du Québec, en ligne : <<http://www.registreentreprises.gouv.qc.ca/fr/consulter/rechercher/default.aspx>> (consulté le 30 juillet 2019).

Ces éléments seront considérablement éclairants, mais parfois confondants dans l'élucidation de la question centrale de cet essai. Il s'avèrera ensuite intéressant de s'attarder sommairement à l'aménagement des lieux physiques, qui abritent l'institution, puisqu'ils rassemblent des composantes discordantes qui contribuent à la réflexion. Enfin, la provenance des revenus figurant au budget de l'INPLPP méritera d'être explorée, puisque déterminante dans la résolution du problème.

1.2.1 *La place de l'établissement au sein du réseau de la santé et des services sociaux*

Une observation approfondie des outils législatifs s'appliquant au réseau de la santé et des services sociaux québécois et des rapprochements avec l'encadrement légal des services correctionnels fédéral et provincial révèle des indices fort probants à l'effet que l'INPLPP est un établissement de santé et de services sociaux.

Au Canada, la mise en œuvre des réseaux de santé et de services sociaux relève de la compétence des provinces⁸⁶. Dans le modèle québécois, l'organisation des établissements de la santé et des services sociaux ainsi que l'énonciation des droits des usagers de ce système s'articulent principalement autour de la LSSSS⁸⁷. Il s'agit de la législation phare du réseau de la santé et des services sociaux au Québec. Il sera alors intéressant de vérifier si l'INPLPP est organisé selon le modèle prévu à la LSSSS et si les personnes qui y sont admises se voient accorder le respect des droits qui y sont prévus.

L'application des lois et des règlements relatifs à la santé et aux services sociaux incombe au ministre de la Santé et des Services sociaux⁸⁸. Conformément à la LSSSS, ce sont les établissements qui fournissent les services de santé et les services sociaux par le biais de différents centres, notamment les centres hospitaliers⁸⁹. Un centre hospitalier peut appartenir à l'une des classes suivantes : centre hospitalier de soins généraux et spécialisés ou centre hospitalier de soins psychiatriques⁹⁰.

⁸⁶ *Loi constitutionnelle de 1867*, 30 & 31 Victoria, c. 3 (R.U.), art. 92, par. 7, 13 et 16 et art. 93; bien que la santé ne soit pas nommée de façon spécifique dans la constitution canadienne, les tribunaux ont interprété de façon large la compétence provinciale en matière de santé; à cet effet, voir : André BRAËN, « La santé et le partage des compétences au Canada », *Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada*, catalogue CP32-79/2-2002F-IN, (07-2002).

⁸⁷ LSSSS, art 1., al. 1.

⁸⁸ *Loi sur le ministère de la santé et des services sociaux*, RLRO, c. M-19.2, art. 1, al. 2.

⁸⁹ LSSSS, art. 79, par. 2.

⁹⁰ *Id.*, art. 85.

Afin d'exercer des activités propres à la mission d'un centre hospitalier, il est imposé d'être titulaire d'un permis délivré par le ministre de la Santé et des Services sociaux⁹¹. Cette mission est précisée au permis délivré à l'établissement, de même que la liste des installations dont il dispose ainsi que leur capacité⁹². Ces informations sont publiques⁹³. Il est ainsi possible de constater, en consultant le site Internet du ministère de la Santé et des Services sociaux (ci-après « MSSS »), que l'INPLPP est titulaire d'un tel permis prévoyant qu'il détient la mission d'un centre hospitalier de soins psychiatriques ainsi qu'un statut public et que les services qu'il est autorisé à offrir sont des services internes prévoyant 295 lits en psychiatrie, une urgence en psychiatrie⁹⁴ et des consultations externes⁹⁵. Le permis précise également que l'INPLPP est constitué en vertu de la troisième partie de la *Loi sur les compagnies*⁹⁶. Il s'agit donc d'une personne morale, n'ayant pas de capital-actions, constituée par lettres patentes.

Les systèmes correctionnels provincial et fédéral ne comportent pas de mécanisme d'attribution de permis, afin de déterminer qu'un centre puisse être considéré comme étant un pénitencier ou un établissement de détention. En effet, au niveau fédéral, il est simplement prévu que le commissaire (une personne nommée par le gouverneur en conseil qui a, sous la direction du ministre, toute autorité sur le service correctionnel et tout ce qui s'y rattache⁹⁷) peut, par ordre, constituer en pénitencier quelque lieu que ce soit⁹⁸. Au provincial, le gouvernement peut instituer des établissements de détention et des centres correctionnels communautaires⁹⁹. L'INPLPP ne rencontre aucune des formalités exigées, pour être qualifié de pénitencier ou d'établissement de détention au sens de ces lois.

Un « établissement » est défini par la LSSSS comme étant toute personne ou société, qui exerce des activités propres à la mission de ces différents centres prévus¹⁰⁰, dont le centre hospitalier de soins psychiatriques, et qui est constitué, entre autres, en personne morale en vertu de la LSSSS. Ceci étant, il

⁹¹ *Id.*, art. 437, al. 1.

⁹² *Id.*, art 440, al. 1.

⁹³ *Id.*, art. 440, al. 3.

⁹⁴ Bien qu'une urgence en psychiatrie soit prévue à son permis, l'INPLPP ne comporte pas un tel service au sein de l'établissement.

⁹⁵ Permis de l'INPLPP portant le numéro 1279-5477, en ligne :

<<https://m02.pub.msss.rtss.qc.ca/M02Etablissement.asp?CdIntervSocSan=403&PagePrec=M02ListeEtab>> (consulté le 8 juin 2019).

⁹⁶ RLRQ, c. C-38, partie III.

⁹⁷ *Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition*, L.C. 1992, c. 20 (ci-après « LSCMLSC ») art. 6, par. 1.

⁹⁸ LSCMLSC, art. 7, par. 2.

⁹⁹ *Loi sur le système correctionnel du Québec*, RLRQ, c. S-40.1 (ci-après « LSCQ »), art. 29, al. 1.

¹⁰⁰ LSSSS, art. 94.

tombe sous l'évidence que l'INPLPP répond à cette définition au niveau légal, compte tenu du permis d'exercice, qui lui a été délivré par le ministre de la Santé et des Services sociaux.

*La Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*¹⁰¹ (ci-après « LMOGRSSS »), entrée en vigueur en 2015, avait pour principal objet de constituer, pour chacune des régions sociosanitaires prévues, un centre intégré de santé et de services sociaux, ou plus d'un pour certaines régions visées. Ces nouvelles structures sont issues de la fusion des établissements publics de la région et de l'agence de la santé et des services sociaux régionale¹⁰².

Or, il est intéressant de noter que l'INPLPP a été expressément exclu de ces fusions et a été considéré comme étant un « établissement non fusionné »¹⁰³. Les autres établissements que la LMOGRSSS désigne comme étant non fusionnés sont le Centre hospitalier de l'Université de Montréal¹⁰⁴, le Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine¹⁰⁵, le Centre universitaire de santé McGill¹⁰⁶, l'Institut de cardiologie de Montréal¹⁰⁷, le CHU de Québec – Université Laval¹⁰⁸ et l'Institut de cardiologie et de pneumologie de Québec – Université Laval¹⁰⁹. L'INPLPP est ainsi le seul centre hospitalier de soins psychiatriques parmi les établissements non fusionnés¹¹⁰. Les autres établissements qui possédaient une mission spécifique de centre hospitalier de soins psychiatriques avant l'entrée en vigueur de la LMOGRSSS ont donc été absorbés au sein d'un centre intégré de santé et de services sociaux. L'Institut universitaire en santé mentale Douglas est intégré au sein du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (ci-après « CIUSSS ») de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal¹¹¹, l'Hôpital Rivière-des-Prairies, au sein du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal¹¹², l'Institut universitaire de santé mentale de Montréal, au sein du CIUSSS de l'Est-

¹⁰¹ RLRO, c. O-7.2.

¹⁰² LMOGRSSS, art. 3, al. 1 et art. 4 al. 1 à 3.

¹⁰³ *Id.*, art. 8, par. 5.

¹⁰⁴ *Id.*, art. 8, par. 1.

¹⁰⁵ *Id.*, art. 8, par. 2.

¹⁰⁶ *Id.*, art. 8, par. 3.

¹⁰⁷ *Id.*, art. 8, par. 4.

¹⁰⁸ *Id.*, art. 8, par. 6.

¹⁰⁹ *Id.*, art. 8, par. 7.

¹¹⁰ La consultation des permis émis par le MSSS de chacun des six autres établissements non fusionnés permet de constater que ceux-ci ont des missions de centre hospitalier de soins généraux et spécialisés, de centre d'hébergement et de soins de longue durée et/ou de centre de réadaptation pour les personnes ayant une déficience physique.

¹¹¹ LMOGRSSS, annexe 1.

¹¹² *Id.*

de-l'Île-de-Montréal¹¹³ et l'Institut universitaire en santé mentale de Québec, au sein du CIUSSS de la Capitale-Nationale¹¹⁴. Pourquoi donc cette dérogation pour l'INPLPP ?

Au départ, dans la première mouture de la LMOGRSSS sous forme de projet de loi (projet de loi n°10), il était prévu que l'INPLPP soit incorporé dans le CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal¹¹⁵. L'INPLPP a conséquemment déposé un mémoire en commission parlementaire en octobre 2014¹¹⁶, faisant valoir la spécificité de l'établissement, comme étant le « [s]eul hôpital sécuritaire de troisième ligne en psychiatrie légale ».

L'INPLPP a argumenté qu'en perdant son indépendance de par son intégration dans un CIUSSS, « il est probable que la clientèle de santé mentale et de surcroît de psychiatrie légale soit noyée dans l'ensemble des besoins autres de la population à desservir et une planification régionale ne saurait répondre aux besoins de l'ensemble de la clientèle [desservie par l'INPLPP] »¹¹⁷. L'INPLPP soutient également qu'il serait incohérent que le CIUSSS dans lequel il serait amalgamé, étant une administration centralisée régionale, prenne des décisions à l'égard de l'INPLPP, qui détient une mission nationale, faisant aussi étonnamment référence à ce qu'il qualifie de « ses deux principaux clients », soit le ministère de la Justice et le ministère de la Sécurité publique¹¹⁸. Enfin, le mémoire présenté par l'INPLPP fait référence au besoin de hiérarchisation de la psychiatrie légale au sein du réseau de la santé et des services sociaux. Celle-ci était déjà en cours de réflexion par les différents acteurs concernés avant la venue du projet de loi n° 10 et était en faveur de la création d'un institut national de psychiatrie légale au Québec, lequel pourrait être incarné par l'INPLPP. Ce projet de loi vient donc, selon l'INPLPP, « fragiliser davantage la psychiatrie légale ».¹¹⁹ L'INPLPP, par sa levée de boucliers, convaincra le législateur puisqu'il a finalement suivi les recommandations émises par l'établissement et préservé l'INPLPP des fusions, en le désignant comme étant un établissement non fusionné.

¹¹³ *Id.*

¹¹⁴ *Id.*

¹¹⁵ *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*, 1^{ère} session, 41^e lég., Québec, 2014 (sanctionné le 9 février 2015), RLRQ, c. O-7.2.

¹¹⁶ « Impacts pressentis de la nouvelle organisation et gouvernance sur l'Institut Philippe-Pinel de Montréal », mémoire déposé lors du mandat « Consultations particulières et auditions publiques sur le projet de loi n° 10 » par l'Institut Philippe-Pinel de Montréal, numéro 021-M, en ligne : <<http://www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/commissions/CSSS/mandats/Mandat-25777/memoires-deposes.html>> (consulté le 30 juillet 2019).

¹¹⁷ *Id.*, p. 5.

¹¹⁸ *Id.*, p. 5.

¹¹⁹ *Id.*, p. 4 et 5.

La LMOGRSSS prévoit, par ailleurs, que tant les centres intégrés de santé et de services sociaux que les établissements non fusionnés sont des établissements publics au sens de la LSSSS¹²⁰. Le statut spécifique de l'INPLPP, qui lui a été attribué en l'épargnant des fusions, ne fait donc pas en sorte qu'il soit à ce point unique qu'il ne corresponde pas à ce qui est entendu d'un établissement de santé et de services sociaux. Conséquemment, l'INPLPP est nécessairement titulaire de capacités et de responsabilités légales qui découlent de la LSSSS.

L'INPLPP présente d'ailleurs un modèle organisationnel qui répond à ce que commande la LSSSS aux établissements. Son rapport annuel de gestion 2018-2019¹²¹ fait état d'une gouvernance assumée par un conseil d'administration formé et fonctionnant de façon conforme à ce qui est légalement prévu¹²². De fait, il appert que le conseil d'administration a constitué les comités exigés par la LSSSS, soit un comité de gouvernance et d'éthique¹²³, un comité de vérification¹²⁴ et un comité de vigilance et de la qualité¹²⁵. De plus, il est précisé que le comité de direction de l'établissement comprend les membres prescrits par la LSSSS : une présidente-directrice générale¹²⁶, une directrice des services professionnels (qui est également « directrice des affaires médico-légales », fonction qui n'est, par ailleurs, pas prévue à la LSSSS ni à la LMOGRSSS)¹²⁷ et un directeur des soins infirmiers¹²⁸, ce dernier cumulant les fonctions de directeur des services multidisciplinaires à l'INPLPP. L'établissement s'est également assuré que sont institués tous les conseils et comités que commande la LSSSS, à savoir un comité des usagers¹²⁹, un conseil des médecins, dentistes et pharmaciens¹³⁰, un conseil des infirmières et infirmiers¹³¹, un conseil multidisciplinaire¹³² ainsi

¹²⁰ LMOGRSSS, art. 3, al. 2.

¹²¹ Rapport annuel de gestion 2018-2019, Institut nationale de psychiatrie légale Philippe-Pinel, en ligne : <<http://www.pinel.qc.ca/contentt.aspx?navid=523&CultureCode=fr-CA>> (consulté le 27 janvier 2020).

¹²² LSSSS, art. 126 et suiv. et LMOGRSSS, art. 10 et suiv. ; Rapport annuel de gestion 2018-2019 de l'INPLPP, préc., note 120, p. 10.

¹²³ LSSSS, art. 181 et 181.0.0.1. ; Rapport annuel de gestion 2018-2019 de l'INPLPP, préc., note 120, p. 15 et 16.

¹²⁴ LSSSS, art. 181, 181.0.0.2. et 181.0.0.3. ; Rapport annuel de gestion 2018-2019 de l'INPLPP, préc., note 120, p. 24 et 25.

¹²⁵ LSSSS, art. 181.0.1, 181.0.2 et 181.0.3 ; Rapport annuel de gestion 2018-2019 de l'INPLPP, préc., note 120, p. 16 à 19.

¹²⁶ LMOGRSSS, art. 32 et suiv. ; Rapport annuel de gestion 2018-2019 de l'INPLPP, préc., note 120, p. 9.

¹²⁷ LSSSS, art. 202 et suiv. ; Rapport annuel de gestion 2018-2019 de l'INPLPP, préc., note 120, p. 9.

¹²⁸ LSSSS, art. 206 et suiv. ; Rapport annuel de gestion 2018-2019 de l'INPLPP, préc., note 120, p. 9.

¹²⁹ LSSSS, art. 209 et suiv. ; Rapport annuel de gestion 2018-2019 de l'INPLPP, préc., note 120, p. 10 et 11.

¹³⁰ LSSSS, art. 213 et suiv. ; Rapport annuel de gestion 2018-2019 de l'INPLPP, préc., note 120, p. 15.

¹³¹ LSSSS, art. 219 et suiv. ; Rapport annuel de gestion 2018-2019 de l'INPLPP, préc., note 120, p. 11 et 12.

¹³² LSSSS, art. 226 et suiv. ; Rapport annuel de gestion 2018-2019 de l'INPLPP, préc., note 120, p. 12.

qu'un comité de gestion des risques¹³³. D'ailleurs, la production du Rapport annuel de gestion 2018-2019, duquel ces informations ont été tirées, constitue une exigence requise par la LSSSS¹³⁴ à laquelle l'INPLPP se soumet. Ces quelques éléments non exhaustifs font la démonstration que l'INPLPP se comporte tel un établissement du réseau de la santé et des services sociaux dans sa façon de s'organiser et de répondre aux impératifs de la LSSSS.

Les lois et règlements régissant les systèmes correctionnels provincial et fédéral ne comportent pas de dispositions prévoyant une organisation aussi détaillée que celle prévue par la LSSSS. Alors qu'au fédéral, on réfère à un « directeur du pénitencier » à plusieurs endroits dans la loi et son règlement d'application, sans préciser spécifiquement sa nomination¹³⁵, au provincial, on prévoit que tout établissement de détention est dirigé par un fonctionnaire appelé « directeur de l'établissement »¹³⁶. L'INPLPP n'est certes pas structuré selon ce modèle.

Cette étude de l'INPLPP au sein du réseau de la santé et des services sociaux est plutôt concluante quant au fait que, d'un point de vue légal, il s'agit d'un établissement de santé et de services sociaux et non d'un établissement carcéral. Ainsi, formellement, il semble établi que l'INPLPP se présente comme étant un hôpital, mais dans la réalité de la mise en œuvre de ses activités, cette proposition implique son lot de contradictions.

1.2.2 *La spécialité guidant les services*

L'INPLPP se définit comme étant un « hôpital universitaire affilié à l'Université de Montréal offrant des services de 3^e ligne en psychiatrie légale, et ce, pour l'ensemble de la province de Québec »¹³⁷ (mon soulignement). La branche de la connaissance sur laquelle reposent les services prodigués à l'INPLPP, la psychiatrie légale, implique en elle-même un caractère hybride recoupant des éléments tirés du domaine de la médecine ainsi que du droit. Ainsi, non seulement l'INPLPP se confond en soi dans un certain

¹³³ LSSSS, art. 183.1 et suiv. ; Rapport annuel de gestion 2018-2019 de l'INPLPP, préc., note 120, p. 13 à 15.

¹³⁴ LSSSS, art. 182.7.

¹³⁵ LSCMLSC, art. 2, 13, 15.1, par. 1, 17.1, par. 1, 2, 4, 5, et 6, 31, par. 3, 40j), 60, par. 2, b), 96b), 116, par. 2, 117, par. 1, 133, par. 1c) et 134, par. 1. ; plus d'une centaine de mentions dans le *Règlement sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition*, DORS/92-620.

¹³⁶ LSCQ, art. 30.

¹³⁷ Rapport annuel de gestion 2018-2019 de l'INPLPP, préc., note 120, p. 3.

dualisme au sein duquel réside l'hôpital et la prison, mais les fondements des services dispensés comportent eux aussi une coexistence de disciplines.

À cet effet, la Faculté de médecine de l'Université de Montréal est la seule en Amérique du Nord offrant une formation francophone dans ce champ de pratique particulier qu'est la psychiatrie légale. Dans l'énoncé de son « Programme de résidence en psychiatrie légale agréé par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada », la psychiatrie légale est définie comme étant une « surspécialité de la psychiatrie pour laquelle l'expertise scientifique et médicale est utilisée dans le cadre juridique en vue de résoudre des questions d'ordre civil, pénal, correctionnel ou législatif »¹³⁸. Cette définition semble référer au statut d'expert que prend le psychiatre et fait état d'un poids substantiel qui serait détenu par la médecine, laquelle, en quelque sorte, vient à la rescousse de la sphère juridique, pour dénouer des impasses que le droit ne parvient pas à débrouiller.

L'histoire de la folie disséquée par Foucault révèle l'avènement de ce pouvoir médical prédominant qui déjà, à l'âge classique, commence à percer le pouvoir judiciaire : « [l]es pouvoirs de décision sont remis au jugement médical : lui et lui seul introduit au monde de la folie ; lui et lui seul permet de distinguer le normal de l'insensé, le criminel de l'aliéné irresponsable »¹³⁹. Encore aujourd'hui, et toujours de façon aussi fondamentale, comme le souligne Emmanuelle Berheim, « en raison non seulement de son expertise, mais surtout de l'économie de la procédure interne au système juridique, le *participant* central de la chaîne décisionnelle est le psychiatre »¹⁴⁰.

Il appert donc que l'une des fonctions principales de la psychiatrie légale réside dans l'« expertise » qui permet aux régimes juridiques de se mettre en branle selon les conclusions auxquelles en arrivent les spécialistes de la maladie mentale. La description du cours « Psychiatrie légale », offert dans le cadre des études de deuxième cycle en droit et politiques de la santé à l'Université de Sherbrooke, fait d'ailleurs référence à cette interrelation entre la maladie mentale et le droit, en indiquant qu'une « [d]escription

¹³⁸ Document « Programme de résidence en psychiatrie légale agréé par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada depuis avril 2014 » de l'Université de Montréal, en ligne : <<https://psychiatrie.umontreal.ca/wp-content/uploads/sites/5/2014/03/Soumission-de-candidature.pdf>> (consulté le 15 juillet 2019).

¹³⁹ M. FOUCAULT, préc., note 1, p. 168.

¹⁴⁰ Emmanuelle BERNHEIM, « Une tension normative irrécyclable. Les discours psychiatrique et juridique sur le risque psychiatrique », (2009-10) 40 R.D.U.S., p. 58 : Bernheim en fait la démonstration, notamment, en analysant le rôle du psychiatre dans le cadre de l'application de la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental représente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*, préc., note 52.

des effets juridiques généraux de la maladie mentale sur la personne »¹⁴¹ fait partie du contenu de cette formation.

Dans un ouvrage qui constitue un recensement des meilleures pratiques en matière d'évaluation en psychiatrie légale, la façon dont les systèmes de justice civil et criminel ont recours à la psychiatrie légale est mise en lumière de façon claire :

« The criminal justice system employs forensic mental health evaluations of defendants for purposes ranging from various criminal competencies to questions arising in sentencing. The civil system of justice frequently requires evaluations to determine the presence and relevance of mental disabilities for legal questions regarding individuals' care, protection of their rights, and adjudicating claims regarding injuries and illnesses »¹⁴².

C'est donc dire que, dans nos sociétés actuelles, la maladie mentale engendre des conséquences légales à un point tel qu'une discipline fait de ce phénomène son objet. Les services offerts par l'INPLPP sont organisés autour de cette science médicale particulière, en raison de son lien avec le droit et, surtout, en raison de son impact sur celui-ci.

Il est également intéressant de noter que le Programme de résidence en psychiatrie légale de l'Université de Montréal précise que « les psychiatres légistes sont également spécialisés dans le domaine de l'évaluation et du traitement de populations particulières, telles que les jeunes délinquants, les délinquants sexuels et les délinquants violents »¹⁴³. On semble donc mettre l'accent sur une spécialisation en lien avec le statut de sujets dits « délinquants », référant au domaine criminel et non civil. Ce programme est d'ailleurs offert à l'INPLPP, qu'on dit être « le seul hôpital spécialisé en psychiatrie légale au Québec », avec une possibilité d'effectuer un stage d'expertise, d'évaluation et de gestion du risque de violence au Centre hospitalier de Sainte-Thérèse à Shawinigan conjointement avec un stage en psychiatrie légale civile à l'Université Laval (seule référence au domaine légal civil)¹⁴⁴.

¹⁴¹ Information tirée de la description du cours « DRT768 – Psychiatrie légale » offert à la Faculté de droit de l'Université de Sherbrooke, en ligne : <<https://www.usherbrooke.ca/admission/fiches-cours/DRT768/>> (consulté le 15 juillet 2019).

¹⁴² Kirk HEILBRUN, Thomas GRISSO et Alan M. GOLDSTEIN, « Foundations of Forensic Mental Health Assessment », New York, Oxford University Press, 2009, p. 6.

¹⁴³ Document « Programme de résidence en psychiatrie légale agréé par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada depuis avril 2014 » de l'Université de Montréal, préc., note 56.

¹⁴⁴ *Id.*

La psychiatrie légale se pose donc en lien direct avec le risque de violence, qui constitue également un élément central se retrouvant au sein de tous les aspects organisationnels de l'INPLPP, tel que cela sera abordé dans les prochaines lignes de cet essai. La psychiatrie légale qui se met en œuvre à l'INPLPP est ainsi rattachée au monde de la violence et de la délinquance, ces thèmes évoquant singulièrement le domaine carcéral.

Bien que la psychiatrie légale constitue une discipline, qui tend à se camper à la fois dans le droit et dans la médecine, force est de conclure qu'il s'agit tout de même d'une surspécialité ancrée dans le cursus médical et non d'une branche découlant d'une formation et d'une pratique de juriste. L'INPLPP, en ayant recours à la psychiatrie légale, constitue donc un milieu dans lequel sont évalués et traités des conditions psychiatriques, lesquelles produisent des retombées dans le domaine juridique, la plupart du temps criminel.

1.2.3 *La mission*

La mission de l'INPLPP se lit ainsi :

« La mission de l'Institut se compose de quatre volets qui ont en leur cœur le bien-être du patient, sa sécurité et celle du public, et ce, dans un souci constant de rigueur, d'amélioration de la qualité de ses services et de ses ressources :

- le traitement et l'évaluation de patients présentant un risque élevé de comportements violents;
- l'enseignement collégial et universitaire;
- la recherche fondamentale et clinique;
- la prévention de la violence »¹⁴⁵.

L'établissement se conçoit et s'affiche donc comme étant un « hôpital ». Sa mission comporte des notions assimilables au mandat hospitalier : bien-être et sécurité du patient, traitement, évaluation, enseignement, recherche fondamentale et clinique. En ce sens, il est possible de la voir correspondre à la fonction d'un établissement au sens de la LSSSS, soit « d'assurer la prestation de services de santé ou de services sociaux de qualité, qui soient continus, accessibles, sécuritaires et respectueux des droits des personnes et de leurs besoins spirituels et qui visent à réduire ou à solutionner les problèmes de santé et

¹⁴⁵ Rapport annuel de gestion 2018-2019 de l'INPLPP, préc., note 120, p. 3.

de bien-être et à satisfaire les besoins des groupes de la population »¹⁴⁶. Une analogie avec la mission d'un « centre hospitalier », prévue à la LSSSS, peut également s'harmoniser, à certains niveaux, à celle de l'INPLPP :

« La mission d'un centre hospitalier est d'offrir des services diagnostiques et des soins médicaux généraux et spécialisés. À cette fin, l'établissement qui exploite un tel centre reçoit, principalement sur référence, les personnes qui requièrent de tels services ou de tels soins, s'assure que leurs besoins soient évalués et que les services requis, y compris les soins infirmiers et les services psychosociaux spécialisés, préventifs ou de réadaptation, leur soient offerts à l'intérieur de ses installations ou, si nécessaire, s'assure qu'elles soient dirigées le plus tôt possible vers les centres, les organismes ou les personnes les plus aptes à leur venir en aide. »¹⁴⁷

On peut raisonnablement en déduire que la mission d'un centre hospitalier se calque sur ce que l'on conçoit des services offerts dans une structure qualifiée d'« hôpital » dans le langage populaire. En effet, l'Office québécois de la langue française définit l'« hôpital » comme étant un « [é]tablissement public ou privé, général ou spécialisé, habilité à recevoir toute personne dont l'état de santé réclame une surveillance ou des soins médicaux »¹⁴⁸.

Certaines composantes de la mission de l'INPLPP, néanmoins, sont particulières, en ce sens qu'elles ne cadrent pas avec la mission d'un centre hospitalier, ou celle d'un autre centre par lequel un établissement de santé fournit ses services, décrite à la LSSSS¹⁴⁹, ou même celle qu'on conçoit naturellement, lorsqu'on pense à la vocation d'un hôpital. Ces composantes singulières sont la sécurité du public et la prévention de la violence, lesquelles tendent à faire référence à une mission policière ou carcérale et à cadrer davantage avec la mission de « gardiennage » évoquée par Goffman¹⁵⁰. De fait, l'établissement décrivant sa philosophie de soins précise que celle-ci « vise à l'amélioration continue des pratiques cliniques et organisationnelles en vue d'atteindre la meilleure efficacité possible des soins et services dans un contexte sécuritaire »¹⁵¹ (mon soulignement), un contexte que l'on tend spontanément à associer au monde carcéral.

¹⁴⁶ LSSSS, art. 100.

¹⁴⁷ *Id.*, art. 81.

¹⁴⁸ OFFICE QUÉBÉCOIS DE LA LANGUE FRANÇAISE, *Grand dictionnaire terminologique (GDT)*, Québec, Gouvernement du Québec, 2001, « hôpital », en ligne : <<http://www.granddictionnaire.com>> (consulté le 8 juin 2019).

¹⁴⁹ LSSSS, art. 79 à 83.

¹⁵⁰ E. GOFFMAN, *préc.*, note 26, p. 406.

¹⁵¹ Description de la philosophie de soins apparaissant sur le site Internet de l'INPLPP, en ligne : <<http://www.pinel.qc.ca/ContentT.aspx?NavID=7805&CultureCode=fr-CA>> (consulté le 5 juin 2019).

Contrairement aux établissements de santé et de services sociaux pour lesquels cela est systématiquement élaboré, les établissements de détention ne disposent pas d'un énoncé de mission¹⁵². Une lecture parallèle de la mission de l'INPLPP et des dispositions des lois correctionnelles supportant les objectifs de ce système s'avère donc nécessaire et tend à corroborer une association spontanée entre les deux univers. De fait, les buts du système correctionnel fédéral et provincial sont respectivement décrits ainsi :

« Le système correctionnel vise à contribuer au maintien d'une société juste, vivant en paix et en sécurité, d'une part, en assurant l'exécution des peines par des mesures de garde et de surveillance sécuritaires et humaines, et d'autre part, en aidant au moyen de programmes appropriés dans les pénitenciers ou dans la collectivité, à la réadaptation des délinquants et à leur réinsertion sociale à titre de citoyens respectueux des lois. »¹⁵³
(Mes soulignements)

« Les Services correctionnels du ministère de la Sécurité publique, la Commission québécoise des libérations conditionnelles ainsi que leurs partenaires des organismes communautaires et tous les intervenants de la société intéressés au système correctionnel favorisent la réinsertion sociale des personnes contrevenantes. Dans le respect des droits fondamentaux de ces personnes, ils contribuent à la protection de la société en les aidant à devenir des citoyens respectueux des lois tout en exerçant sur elles un contrôle raisonnable, sécuritaire et humain, en reconnaissant leur capacité à évoluer positivement et en tenant compte de leur motivation à s'impliquer dans une démarche de réinsertion sociale. »¹⁵⁴
(Mes soulignements)

« La protection de la société, assurée par des mesures restrictives de liberté adaptées à la personne, et le respect des décisions des tribunaux sont les critères prépondérants dans la poursuite de la réinsertion sociale des personnes contrevenantes. »¹⁵⁵
(Mes soulignements)

De plus, le système correctionnel fédéral a comme critère prépondérant, dans le cadre du processus correctionnel, la protection de la société¹⁵⁶. Il en est de même au niveau du système correctionnel provincial, qui place la protection de la société, mais également le respect des décisions des tribunaux, comme critères prépondérants dans la poursuite de la réinsertion sociale des personnes contrevenantes¹⁵⁷.

¹⁵² La consultation des sites Internet du Ministère de la sécurité publique du Québec et de Service correctionnel Canada a permis de constater que les établissements de détention ne possèdent pas d'énoncé de mission., en ligne : <<https://www.securitepublique.gouv.qc.ca/accueil.html>>et <<https://www.csc-scc.gc.ca/index-fr.shtml>> (consultés le 5 juin 2019).

¹⁵³ LSCMLSC, art. 3.

¹⁵⁴ LSCQ, art. 1.

¹⁵⁵ *Id.*, art. 2.

¹⁵⁶ LSCMLSC, art. 3.1.

¹⁵⁷ LSCQ, art. 2.

En outre, le système correctionnel provincial associe la protection de la société à des « mesures restrictives de liberté adaptées à la personne »¹⁵⁸. L'INPLPP, bien qu'il ait comme dimension de sa mission la sécurité du public qui s'apparente à la protection de la société, ne propose pas une hiérarchie des éléments de sa mission qui guiderait les services offerts. Si on considère l'INPLPP comme étant un hôpital, cela vient renforcer le fait que la protection du public doit être conjuguée avec le bien-être du patient et sa sécurité.

Autrement, il est également notable que, dans un document interne de l'INPLPP, « Planification stratégique 2016-2020 »¹⁵⁹, il soit précisé que l'INPLPP « répond aux besoins de deux réseaux, soit celui de la santé et celui de la justice », ce qui vient d'autant plus alimenter l'imbroglio. Cet énoncé peut être déconcertant puisqu'on semble mettre sur un pied d'égalité les besoins des institutions profitant des services offerts à l'INPLPP, qu'ils proviennent du réseau de la santé ou de celui de la justice. Ceci est difficilement conciliable avec une mission hospitalière. Par ailleurs, on peut comprendre que, bien que l'INPLPP soutienne le réseau de la justice, ce support d'expert en psychiatrie soit lié à des visées touchant la santé des individus faisant face à ce réseau.

Il est évident que, bien qu'il tente de se camper comme étant un établissement hospitalier, des aspects de la mission de l'INPLPP contribuent à la confusion de sa qualification, puisque pratiquement calqués sur des objectifs appartenant aux services correctionnels, en ce qui a trait à une notion de protection et de sécurité de la société, par une forme de prévention ou de contrôle. Or, des distinctions assez concluantes par rapport aux missions du monde carcéral écartent une assimilation directe de l'INPLPP à celui-ci.

1.2.4 La clientèle

Les particularités de la vaste majorité de la clientèle de l'INPLPP font en sorte qu'il est difficile de voir se déployer pleinement les attributs et les principes d'une mission hospitalière telle qu'on la conçoit d'un point de vue factuel, ceci contribuant à faire perpétuer un climat d'incertitude, quant à ce qu'est réellement l'INPLPP. L'importante majorité de la clientèle de l'INPLPP est sous le joug d'un statut de contrainte légale. De fait, une majorité des patients séjournant à l'INPLPP s'y trouvent en vertu d'une

¹⁵⁸ LSCQ, art. 2.

¹⁵⁹ *Planification stratégique 2016-2020 – Vers un Institut national en psychiatrie légale*, Institut Philippe-Pinel de Montréal, p.4, en ligne : <http://www.pinel.qc.ca/CMS/MediaFree/file/DIRECTION%20GÉNÉRALE/planificationstrategique20162020.pdf> (consulté le 5 juin 2019).

décision émanant d'une instance judiciaire ou d'un organisme exerçant des fonctions juridictionnelles, principalement en lien avec le système criminel. De ce fait, il n'est pas surprenant qu'une tendance à présumer que l'INPLPP est un établissement carcéral existe.

Foucault fait état de cette confusion déjà présente à l'âge classique¹⁶⁰ puisqu'il s'agit là, au bout du compte, de deux lieux d'emprisonnement : « Il n'est pas étonnant que les maisons d'internement aient l'allure de prisons, que souvent même les deux institutions aient été confondues, au point qu'on ait réparti assez indifféremment les fous dans les unes et les autres »¹⁶¹. Toutefois, cet automatisme ne tient pas compte des autres attributs qui singularisent l'établissement, notamment la composante de problème de santé mentale, qui est centrale à l'admission de la clientèle, alors qu'elle ne l'est pas pour les établissements carcéraux¹⁶².

Si l'INPLPP est légalement considéré comme étant un établissement tel que prévu à la LSSSS, la logique commande que les personnes accueillies à l'INPLPP, pour y recevoir des soins et des services, soient considérées comme étant des « usagers » au sens de la LSSSS et qu'elles soient, de ce fait, titulaires des « droits des usagers » qui y sont prévus¹⁶³. Il est coutume, dans le langage commun, de qualifier les personnes qui sont admises dans un hôpital (ou « centre hospitalier ») de « patients »¹⁶⁴. On ne fait pourtant pas référence à cette notion de « patients » dans la LSSSS ; c'est plutôt au terme « usager » qu'on a recours.

¹⁶⁰ L'âge classique chez Foucault s'ancre aux XVII^e et XVIII^e siècles et fait référence à cette période de « fondation de notre identité » : Frédéric GROS, « Note sur quelques sens du « classicisme » chez Foucault », (2007) *Revue d'histoire littéraire de la France*, vol. 107, pp. 307-312, en ligne : <<https://www.cairn.info/revue-d-histoire-litteraire-de-la-france-2007-2-page-307.htm>>.

¹⁶¹ M. FOUCAULT, préc., note 1, p. 155.

¹⁶² Une recension d'études épidémiologiques menées en milieu carcéral est pourtant à l'effet que la prévalence des troubles mentaux graves et persistants est estimée à 22,5% dans les établissements carcéraux canadiens : Julie DUCHAINE, *Analyse critique des politiques de prestation des soins de santé mentale dans les centres de détention québécois*, Essai de maîtrise, Université de Sherbrooke (2010) Collection de la Faculté de droit dans Savoirs UdeS, p. 1.

¹⁶³ LSSSS, partie I, titre II.

¹⁶⁴ Ce terme est utilisé dans le présent essai étant donné qu'il s'agit d'un terme couramment employé dans le langage usuel. La définition de ce mot « patient » retenue dans le *Grand dictionnaire terminologique*, préc., note 147 (consulté le 9 juin 2019), concorde avec la signification à laquelle on réfère, lorsque le mot est utilisé : « Personne qui a recours aux services médicaux ou paramédicaux, qu'elle soit malade ou non »

Le terme « usager » n'est toutefois pas défini de façon spécifique par la LSSSS, qui accorde pourtant un titre complet aux « droits des usagers »¹⁶⁵ (mon soulignement). Il convient donc de se référer au sens courant de ce terme¹⁶⁶ et de s'assurer que celui-ci « assure l'accomplissement de [l']objet [de la loi en question] et l'exécution de ses prescriptions suivant leurs véritables sens, esprit et fin »¹⁶⁷. Un « usager » peut être défini comme étant une « personne qui est titulaire d'un droit d'usage » ou une « personne qui utilise un service public », par exemple, les usagers du transport en commun¹⁶⁸.

L'INPLPP constitue un établissement public qui offre des services. Par déduction, on peut convenir que les personnes qui séjournent à l'INPLPP « utilisent » ou plutôt reçoivent des services offerts par un établissement titulaire d'un permis délivré suivant l'application de la LSSSS ; on peut donc les considérer comme étant des « usagers » possédant les droits prévus à la LSSSS. Cette interprétation concorde à celle donnée par les tribunaux qui s'y sont attardés précisément¹⁶⁹. Ainsi, il est conséquent d'avancer que la clientèle de l'INPLPP est constituée d'« usagers », qui bénéficient des droits découlant de la LSSSS, et ce sans égard au fait qu'ils puissent faire l'objet d'une détention en application d'un jugement d'un tribunal.

Le même raisonnement se transpose aux détenus purgeant une peine dans un établissement de détention qui sont transférés dans un hôpital pour y recevoir des soins. Par exemple, un détenu dont l'hospitalisation serait nécessaire en raison d'une intervention cardiaque serait considéré comme étant un « usager », au sens de la LSSSS, de l'établissement de santé et de services sociaux où il serait opéré pour cette pathologie physique. Le statut de détenu d'une personne ne fait pas en sorte qu'elle ne réponde plus à la définition d'« usager », puisqu'elle reçoit des services offerts par un établissement titulaire d'un permis délivré en vertu de la LSSSS.

¹⁶⁵ LSSSS, titre II.

¹⁶⁶ Pierre-André CÔTÉ, avec la collaboration de Stéphane BEAULAC et Mathieu DEVINAT, *Interprétation des lois*, 4^e éd., Montréal, Édition Thémis, 2009, par. 136, en ligne < <https://www.lareference-editionsyvonblais-com.ezproxy.usherbrooke.ca/maf/app/document?docguid=mAE4CD19D6F204B9DA708EE1473C1779D#N11236> > (consulté le 9 juin 2019).

¹⁶⁷ *Loi d'interprétation*, RLRQ c. I-16, art. 41, al. 2.

¹⁶⁸ Définitions tirées dans Hubert REID, *Dictionnaire de droit québécois et canadien*, 5^e éd., Montréal, Wilson & Lafleur, 2015, en ligne : <<https://dictionnaireid.caij.qc.ca/>> (consulté le 9 juin 2019). Les définitions sont essentiellement les mêmes dans le *Grand dictionnaire terminologique*, préc., note 147 (consulté le 9 juin 2019).

¹⁶⁹ *Centre hospitalier du Centre-de-la-Mauricie c. Beaugard*, 2000-06-26, SOQUIJ AZ-00036539 (C.Q.) ; *Joyal et Québec (Ministère de la Santé et des Services sociaux) Programme Emploi Service*, 2007 QCCLP 4466, par. 39 à 41 ; *DC c. Québec (Régie de l'assurance maladie)*, 2013 CanLII 26274 (QC TAQ), par. 16.

D'ailleurs, de telles sorties « pour raisons médicales »¹⁷⁰ ou « à des fins médicales »¹⁷¹ dans un établissement de santé sont légalement prévues pour les personnes incarcérées. En établissement de détention fédéral, le délinquant peut se voir autoriser une telle sortie à l'hôpital, escorté d'une personne, d'un agent ou autre, habilité à cet effet¹⁷². En établissement de détention provincial, les motifs prévus sont les suivants : l'état de santé de la personne incarcérée nécessite une hospitalisation immédiate ; celle-ci doit subir une évaluation ou des examens médicaux en milieu spécialisé et elle nécessite des soins ou un traitement, qui ne peuvent lui être prodigués dans l'établissement de détention¹⁷³. Lorsqu'une telle situation se présente, le détenu peut être escorté par un agent des services correctionnels, si cela est jugé opportun, pendant son séjour à l'hôpital¹⁷⁴.

Maintenant qu'il est statué que les patients séjournant à l'INPLPP sont des usagers, il faut s'attarder au fait qu'ils sont porteurs d'un attribut spécifique auquel la mission de l'INPLPP fait référence, soit celui qu'ils présentent un risque élevé de comportements violents¹⁷⁵, en lien avec de graves problèmes de santé mentale¹⁷⁶. On précise qu'il peut s'agir de :

« personnes pour lesquelles une demande d'expertise ou de traitement a été ordonnée par la Cour (aptitude à subir son procès, responsabilité criminelle, évaluation présentencielle, délinquants dangereux ou à contrôler, traitement en vue de rendre apte), des adolescents, âgés de 14 à 18 ans qui ont des problèmes psychiatriques sévères associés à des comportements violents, y compris la délinquance sexuelle, ainsi que des femmes ayant une sentence fédérale provenant de différents pénitenciers. »¹⁷⁷

À ce stade, il est pertinent d'effectuer une analyse des statuts de l'ensemble des 246 patients admis à l'établissement. L'examen de cette énumération est éloquent puisqu'il amène à déduire qu'une majorité

¹⁷⁰ LSCMLSC, art. 17(1)b).

¹⁷¹ LSCQ, art. 42.

¹⁷² LSCMLSC, art. 17(1)b).

¹⁷³ *Id.*

¹⁷⁴ *Id.*, art. 44. Selon un mémo du directeur d'Établissement de détention de Montréal, Ministère de la sécurité publique daté du 6 mars 2006, obtenu par une demande d'accès à l'information, s'intitulant « Gardiennage dans les hôpitaux et absence temporaire médicale », on fait référence à une « instruction locale » où il semble que la garde à l'hôpital d'une personne incarcérée est confiée à une agence de surveillance.

¹⁷⁵ Rapport annuel de gestion 2018-2019, Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel, préc., note 120.

¹⁷⁶ Trajectoire et programmation – Opérationnalisation de la planification stratégique de l'IPPM ; an 3, p. 7, en ligne : <<http://www.pinel.qc.ca/CMS/MediaFree/file/Conseil%20d%27administration/2018/Trajectoires%20et%20programmation.pdf>> (consulté le 5 juin 2019).

¹⁷⁷ *Id.*

de patients est contrainte de séjourner à l'INPLPP et n'y est donc pas de son plein gré¹⁷⁸, comme le serait une personne malade décidant volontairement de demeurer à l'hôpital, afin d'y recevoir des soins. Cette photographie des différents « statuts » des patients prise à un moment X est considérée comme étant représentative de la « normale » selon l'établissement¹⁷⁹ :

- 56 % des patients sont des détenus et sous mandat de la Commission d'examen des troubles mentaux (ci-après « CETM »)¹⁸⁰ ;
- 20 % des patients sont des prévenus adultes, qui auraient commis une infraction ou un acte criminel en vertu du C.cr. et à l'égard desquels un tribunal demande une évaluation¹⁸¹ ou un traitement¹⁸² ;
- 6 % des patients sont des prévenus adolescents (12 à 17 ans)¹⁸³, qui auraient commis une infraction ou un acte criminel en vertu du C.cr. et à l'égard desquels un tribunal demande une évaluation ou un traitement¹⁸⁴ en lien avec l'aptitude à subir son procès ou qui sont sous garde et pour lesquels le tribunal autorise un traitement¹⁸⁵ ;
- 5 % des patients sont des détenus provenant de pénitenciers fédéraux¹⁸⁶ ;

¹⁷⁸ Les données concernant le statut principal des patients (certains patients peuvent avoir plus d'un statut) ont été fournies par le Service des archives de l'INPLPP en date du 5 juin 2019.

¹⁷⁹ Le Service des archives de l'INPLPP a confirmé la représentativité des données fournies le 5 juin 2019 par rapport à la clientèle généralement admise.

¹⁸⁰ Lorsqu'un accusé est reconnu non criminellement responsable en vertu de l'art. 16 C.cr. ou lorsqu'il demeure inapte à subir son procès, le suivi judiciaire, jusqu'alors réalisé par la Cour criminelle, est assuré par la CETM tel que précisé par l'art. 672.38 C.cr. La Cour criminelle, dans un premier temps, et la CETM, rend alors une décision à l'égard de la personne inapte à subir son procès ou déclarée non criminellement responsable : la décision rendue dans le cas des patients séjournant à l'INPLPP en est une de détention dans un hôpital, conformément à l'art. 672.54 C.cr. Puis, la CETM doit réviser périodiquement cette décision (au moins une fois par année), tel que le requiert l'art. 672.81 C.cr.

¹⁸¹ Les évaluations peuvent être ordonnées par un tribunal pour déterminer l'aptitude d'un accusé à subir son procès ou sa responsabilité criminelle en vertu de l'art. 16 du C.cr. (art. 672 du C.cr.). Dans ces cas, le tribunal peut ou doit prévoir la détention de l'accusé pendant l'évaluation (art. 672.16(1) et 672.1(3) C.cr.). Elles peuvent également être ordonnées lors d'une demande pour faire déclarer un délinquant « délinquant dangereux ou à contrôler » (art. 552.1 (1) du C.cr.).

¹⁸² Le traitement d'un accusé peut être ordonné par un tribunal, afin de rendre apte un accusé à subir son procès (art. 672.58 du C.cr.).

¹⁸³ *Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents*, L.C. 2002, c. 1 (ci-après « LSJPA », art. 2(1) : définition d'« adolescent ».

¹⁸⁴ Les art. 140 et suiv. LSJPA réfèrent, avec les adaptations nécessaires, aux dispositions du C.cr. et spécifiquement au régime prévu à la partie XX.1 C.cr. relativement aux évaluations concernant l'aptitude à subir son procès et la responsabilité criminelle et le traitement pour rendre apte à subir son procès.

¹⁸⁵ L'art. 91(1)(b)(iv) LSJPA prévoit la possibilité pour le tribunal d'autoriser l'adolescent à suivre un traitement externe ou prendre part à un autre type de programme offrant des services adaptés à ses besoins.

¹⁸⁶ L'art. 16(1) LSCMLC prévoit que les personnes condamnées à une peine d'emprisonnement dans un pénitencier peuvent, à la suite d'un accord entre le ministre de la Sécurité publique et de la Protection civile, être incarcérées dans un hôpital. À ce moment, les pouvoirs conférés au directeur du pénitencier peuvent être délégués au responsable de l'hôpital en question, selon l'article 16(6) LSCMLC.

- 5 % des patients ne sont ni prévenus ni détenus en lien avec une infraction ou un acte criminel en vertu du C.cr., mais font l'objet d'une autorisation de traitement incluant l'hébergement¹⁸⁷ ;
- 1 % des patients sont des détenus provenant de prisons provinciales ;
- Moins de 1 % des patients ne sont ni prévenus ni détenus en lien avec une infraction ou un acte criminel en vertu du C.cr., mais font l'objet d'une ordonnance de garde en établissement¹⁸⁸ ;
- Moins de 1 % des patients ne sont ni prévenus ni détenus en lien avec une infraction ou un acte criminel en vertu du C.cr., mais font l'objet de mesures en vertu de la *Loi sur la protection de la jeunesse*¹⁸⁹ ;
- Moins de 1 % des patients ne sont ni prévenus ni détenus en lien avec une infraction ou un acte criminel en vertu du C.cr., mais font l'objet d'un régime de protection selon lequel leur admission est prévue¹⁹⁰ ;
- 6 % des patients ne sont ni prévenus ni détenus en lien avec une infraction ou un acte criminel en vertu du C.cr. et ne font pas l'objet d'aucune mesure quelconque au niveau civil. Ils y séjournent donc librement, de leur plein gré.

Ce portrait pourrait expliquer pourquoi on a tendance à présumer que l'INPLPP constitue un établissement de détention. De fait, 89% des personnes admises sont reliées, d'une manière ou d'une autre, avec le système de justice criminelle. Il est également pertinent de souligner que, de ces 11% de personnes étant hospitalisées à l'INPLPP indépendamment d'un processus judiciaire au criminel, seulement 6 % sont des personnes majeures aptes, qui optent par elles-mêmes pour un séjour à l'INPLPP, afin d'y recevoir soins et traitements. Ainsi, de façon grossière, en négligeant de s'attarder aux particularités propres au statut légal de chacun des groupes de patients de l'INPLPP, on peut tirer la conclusion selon laquelle 94 % de la clientèle prise en charge par l'INPLPP se voit en quelque sorte contrainte, par un mécanisme légal criminel ou civil, d'y être ou, à défaut, d'être en établissement de détention.

Il faut également mettre en évidence le fait que plus de la moitié des patients admis à l'INPLPP (56 %) le sont en vertu d'une décision rendue conformément à l'article 672.54 c) du C.cr. Dans ce type de décisions,

¹⁸⁷ L'art. 16 du *Code civil du Québec*, RLRQ, c. CCQ-1991 (ci-après « C.c.Q. ») prévoit que le tribunal peut autoriser que soient administrés des soins à une personne mineure ou majeure inapte, selon certaines conditions. L'hébergement peut constituer un « soin » autorisé en vertu de l'art. 16 C.c.Q., tel que confirmé par la Cour d'appel du Québec dans *Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec (CIUSSS MCQ) c. J.B.*, 2017 CanLII 1638 (QCCA) 1638.

¹⁸⁸ La *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental représente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*, préc., note 52 et les articles 26 et suiv. du C.c.Q. prévoient la possibilité de garder une personne, malgré l'absence de consentement de celle-ci, dans un établissement de santé et de services sociaux, selon certaines conditions.

¹⁸⁹ RLRQ, c. P.34.1, art. 62 et suiv.

¹⁹⁰ Le Service des archives de l'INPLPP a expliqué qu'un seul patient se retrouve dans cette situation. Ce patient, à l'égard duquel un régime de protection, soit une tutelle privée, a été ouvert, en vertu des art. 268 et suiv. du C.c.Q. et des art. 290 et suiv., 302 et suiv. et 391 et suiv. du *Code de procédure civile*, RLRQ, c. C-25.01.

la Cour criminelle ou la CETM a jugé que ces personnes inaptes ou non criminellement responsables doivent être détenues dans un hôpital. Pour ce faire, la Cour criminelle ou la CETM a considéré la sécurité du public, comme facteur prépondérant, de même que l'état mental de ces personnes, leur réinsertion sociale et leurs autres besoins.

Selon la définition prévue à la Partie XX.1 du C.cr. – Troubles mentaux, en vertu de laquelle ces décisions sont prononcées, un hôpital est défini comme étant un « [l]ieu d'une province désigné par le ministre de la santé de la province en vue de la garde, du traitement ou de l'évaluation d'un accusé visé par une décision ou une ordonnance d'évaluation ou de placement »¹⁹¹. L'INPLPP a été désigné ainsi en vertu d'un arrêté ministériel, lequel nomme également des établissements de santé et de services sociaux, dans toutes les régions du Québec, comme pouvant garder, traiter ou évaluer un accusé visé par une décision prise en vertu de la Partie XX.1 du C.cr.¹⁹². Plus d'une cinquantaine d'installations à travers la province sont ainsi désignées. L'INPLPP n'est donc pas unique à ce titre, puisque de nombreux hôpitaux, pour lesquels on ne remet pas en cause le statut d'établissement de santé et de services sociaux, sont légalement autorisés à assumer ces mandats. Lorsque des accusés sont dirigés, de par ce régime légal vers l'INPLPP, un « mandat de dépôt » est émis par la Cour criminelle ou la CETM selon une formule prévue¹⁹³. Le libellé de cette formule¹⁹⁴ est particulier, voire dégradant, mais évocateur :

« Les présentes ont pour objet de vous enjoindre, au nom de Sa Majesté, d'appréhender l'accusé et de le conduire sûrement à (*prison, hôpital ou autre établissement*) et de le livrer au gardien (*administrateur, directeur*) avec l'ordre suivant :
Il vous est ordonné à vous, gardien (*administrateur, directeur*) de recevoir l'accusé sous votre garde à (*prison, hôpital ou autre établissement*) et de l'y détenir sûrement jusqu'à ce qu'il soit livré en d'autres mains selon l'application régulière de la loi.
Les conditions d'internement de l'accusé sont les suivantes : [...]
À titre de gardien (*administrateur, directeur*) de (*prison, hôpital ou autre établissement*) les pouvoirs qui suivent -- à l'égard des restrictions de la liberté de l'accusé, de leurs modalités et des conditions qui s'y rattachent -- vous sont délégués [...] »
(mes soulignements)

¹⁹¹ C.cr., art. 672.1(1).

¹⁹² Arrêté ministériel concernant la désignation des lieux en vue de la garde, du traitement ou de l'évaluation d'un accusé ou d'un adolescent en application du Code criminel ou de la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents, c. CCR, r. 1.3.

¹⁹³ C.cr., art. 672.57.

¹⁹⁴ C.cr., formule 49.

On constate qu'on mandate alors un hôpital, en lui déléguant des pouvoirs à cet effet, de « garder » et de « détenir » une personne, comme le ferait un établissement carcéral, selon les conditions prévues par la Cour criminelle ou par la CETM. Tel que cela a été abordé à la sous-section 1.2.1 du présent essai, les systèmes correctionnels provincial et fédéral s'organisent autour d'un « directeur de pénitencier » ou d'un « directeur de l'établissement ». Ces instances qui agissent comme « gardiens » semblent ainsi constituer les établissements de détention. En déléguant cette charge à une autre personne, soit l'hôpital ou une personne physique, qui exerce ses fonctions au sein de celui-ci, on pourrait penser que cette personne, assumant la délégation, devient alors « directeur du pénitencier » ou « directeur de l'établissement ». Ainsi, l'hôpital, devenu « gardien » par délégation, deviendrait alors, par le fait même, un établissement de détention. Cette extrapolation de la logique, bien qu'il ne fasse aucun doute, dans un tel contexte, que l'établissement doive assumer des fonctions normalement exercées par les établissements de détention, est discutable selon moi. De fait, lors d'une telle délégation de la responsabilité de « gardien », l'INPLPP, comme tous les autres hôpitaux désignés, investit ces pouvoirs et est tenu d'assurer la garde des personnes qui lui sont confiées. Or, le C.cr., bien qu'il délègue des pouvoirs à un hôpital, est clair à l'effet qu'il s'agit là toujours d'un hôpital et non d'un établissement de détention.

Goffman s'est penché sur ce rôle de « gardiennage », tant de l'hôpital psychiatrique que de la prison. Lorsqu'on en vient à la jonction de ces deux mondes, comme tel est le cas *a fortiori* dans le contexte des patients sous mandat de la CETM, les rôles de l'hôpital et de la prison tendent à se confondre :

« L'une des missions de l'hôpital psychiatrique consiste à protéger la collectivité contre le danger et la nocivité de certains comportements aberrants, fonction de gardiennage qui revêt une importance majeure si l'on en juge par les dispositions légales ou les pressions de l'opinion publique auxquelles l'hôpital psychiatrique n'est pas insensible. Il est pourtant surprenant de constater qu'à l'intérieur de l'hôpital on observe généralement une grande discrétion à cet égard, pour mettre au contraire l'accent sur les services thérapeutiques à caractère médical dont bénéficient les malades. Si l'on voit dans le malade mental un individu qui a causé des ennuis aux autres, le rôle de gardiennage assumé par l'hôpital comme par la prison se comprend, et pour beaucoup de gens se justifie »¹⁹⁵.

Il apparaît, par ailleurs, simpliste et incohérent de déduire qu'une personne, étiquetée d'un statut légal particulier entraînant une forme de contrainte sur elle, ne puisse être considérée comme étant un patient

¹⁹⁵ E. GOFFMAN, préc., note 26, p. 406.

et qu'un établissement comme l'INPLPP, accueillant majoritairement ce type de personnes, ne puisse, par cet unique détail factuel, se qualifier comme étant un hôpital.

Comme souligné en introduction, une telle logique a pourtant été suivie par la Cour d'appel du Québec, dans un jugement datant de plus d'une trentaine d'années¹⁹⁶, qui constitue, à ce jour, la seule décision québécoise s'étant attardée précisément à la qualification juridique de l'INPLPP. La question s'est posée dans un contexte de relations de travail, puisque l'employeur, l'INPLPP, demandait à ses employés d'intervenir physiquement auprès des patients, lorsque la situation l'imposait, ce à quoi le syndicat des employés s'opposait, prétendant que ceux-ci n'avaient pas le statut d'« agent de la paix » au sens du C.cr.¹⁹⁷. Il est intéressant de noter que la Cour d'appel relie cette confusion à l'historique de l'établissement, évoquant que ce conflit entre l'employeur et le syndicat « remonte au moment où l'[INPLPP] a quitté la prison de Bordeaux pour s'installer dans de nouveaux locaux et fut pris en charge par une nouvelle équipe de dirigeants »¹⁹⁸.

Afin de déterminer le statut des employés de l'INPLPP, la Cour d'appel se réfère à la définition d'« agent de la paix » prévue au C.cr., soit que ce titre comprend, notamment, « un directeur, sous-directeur, instructeur, gardien, geôlier, garde et tout autre fonctionnaire ou employé d'une prison »¹⁹⁹, pour ensuite se rabattre sur la définition de « prison » précisée au C.cr., laquelle se lit comme suit : « un pénitencier, une prison commune, une prison publique, une maison de correction, un poste de police, un corps de garde ou tout autre endroit où des personnes inculpées ou déclarées coupables d'infraction sont ordinairement détenus sous garde »²⁰⁰. La Cour d'appel se pose alors la question à savoir si l'INPLPP est compris dans l'énumération détaillée de la définition de « prison » du C.cr. et y répond par l'affirmative²⁰¹. Pour en venir à ce résultat, une analyse du relevé statistique des statuts des bénéficiaires des soins

¹⁹⁶ *Syndicat des travailleurs unis de Pinel c. Institut Philippe Pinel de Montréal*, préc., note 10.

¹⁹⁷ C.cr., art. 2, définition d'« agent de la paix ».

¹⁹⁸ *Syndicat des travailleurs unis de Pinel c. Institut Philippe Pinel de Montréal*, préc., note 10, par. 7.

¹⁹⁹ Cette définition prévue au C.cr. a été modifiée depuis le jugement et se lit maintenant ainsi : « tout agent du Service correctionnel du Canada, désigné comme agent de la paix conformément à la partie I de la *Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition*, ainsi que tout directeur, sous-directeur, instructeur, gardien, geôlier, garde et tout autre fonctionnaire ou employé permanent d'une prison qui n'est pas un pénitencier au sens de la partie I de la *Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition* » ; C.cr., art. 2, définition d'« agent de la paix », par. b).

²⁰⁰ Cette définition prévue au C.cr. a été modifiée depuis le jugement et se lit maintenant ainsi : « Tout endroit où des personnes inculpées ou déclarées coupables d'infractions sont ordinairement détenues sous garde, y compris tout pénitencier, prison commune, prison publique, maison de correction, poste de police ou corps de garde » ; C.cr. art. 2, définition de « prison ».

²⁰¹ *Syndicat des travailleurs unis de Pinel c. Institut Philippe Pinel de Montréal*, préc., note 10, par. 14 et 15.

dispensés à l'INPLPP est effectuée, de la même manière que celle réalisée dans le présent essai. Ainsi, voici les pourcentages soumis à la Cour d'appel par l'établissement à l'époque du jugement²⁰² :

- 29 % des patients purgent une peine d'emprisonnement dans un pénitencier fédéral et sont hospitalisés à l'INPLPP pendant cette peine ;
- 10 % des patients purgent une peine d'emprisonnement dans une prison provinciale et sont hospitalisés à l'INPLPP pendant cette peine;
- 20 % des patients sont détenus en vertu d'un mandat du Lieutenant-gouverneur après avoir été acquittés dans une instance judiciaire²⁰³ ;
- 5 % des patients sont détenus en vertu d'un mandat du Lieutenant-gouverneur, après avoir été déclarés inaptes à subir leur procès²⁰⁴ ;
- 8 % des patients sont des adolescents détenus en vertu du Tribunal de la jeunesse²⁰⁵ ;
- 14 % des patients sont des prévenus pour lesquels différents tribunaux ont demandé une expertise psychiatrique ;
- 14 % des patients proviennent d'« hôpitaux psychiatriques ordinaires » et ont dû être transférés dans un milieu de haute sécurité, car ils étaient trop dangereux pour leur entourage. Ils ne sont pas détenus en vertu d'une législation criminelle.

Certains parallèles peuvent être effectués entre ce relevé statistique et l'analyse contemporaine des statuts des 246 patients admis à l'INPLPP décrits précédemment. On constate que les patients purgeant une peine dans un pénitencier fédéral ou dans une prison provinciale figuraient dans une proportion importante à l'époque, soit 39 %, alors qu'actuellement, ces patients ne représentent qu'environ 6 % du total. Les patients sous l'équivalent d'un mandat de la CETM ne représentaient que 25 % des patients, alors qu'ils sont maintenant plus de la moitié à se trouver dans cette situation légale. On peut convenir de pourcentages comparables de patients pour lesquelles une évaluation est demandée par un tribunal, soit 14 % à l'époque et 20 % présentement. Ainsi, bien qu'on puisse constater un virage vers une prise en charge accrue de patients souffrant de troubles mentaux tombant sous le régime de la Partie XX-1 C.cr., laquelle n'était pas en vigueur au moment du jugement, et vers une diminution de la clientèle purement « carcérale »²⁰⁶, les patients de l'INPLPP, tant à l'époque qu'actuellement, s'y trouvent majoritairement sous contrainte.

²⁰² *Id.*, par. 16 à 20.

²⁰³ Il s'agit là de l'ancien régime ayant précédé l'adoption de la Partie XX.1 du C.cr., selon lequel les personnes déclarées non coupables pour cause d'aliénation ou inaptes à subir leur procès étaient détenues automatiquement selon le bon plaisir du lieutenant-gouverneur.

²⁰⁴ *Id.*

²⁰⁵ Il s'agit là de l'ancien régime ayant précédé l'adoption de la LSIPA.

²⁰⁶ Tel que rapporté par plusieurs chercheurs, « [a]u Canada, les changements au Code criminel en 1992 ont conduit à une augmentation exponentielle du nombre de personnes déclarées non criminellement responsables pour cause de troubles mentaux (NCRTM) (Latimer & Lawrence, 2006; Schneider, Forestell, & MacGarvie, 2002) » : Malijai

À ce titre, il convient de souligner que le jugement de la Cour d'appel²⁰⁷ a été rendu avant l'arrêt *R. c. Swain*²⁰⁸, rendu par la Cour suprême du Canada en 1991. Dans cette affaire, la Cour suprême était amenée à se pencher sur la constitutionnalité de l'article 542(2) C.cr., qui orchestrait le sort des accusés acquittés, puisque considérés « aliénés » au moment de la commission d'une infraction. Cet article prévoyait la « garde rigoureuse » de ces accusés « jusqu'à ce que le bon plaisir du lieutenant-gouverneur de la province soit connu ». La Cour suprême l'a jugé inconstitutionnel, puisque portant atteinte aux droits et libertés fondamentaux protégés par la Charte canadienne²⁰⁹.

À la suite de cet arrêt de la Cour suprême, plusieurs modifications au C.cr. sont entrées en vigueur, en 1992 : notamment l'adoption de sa Partie XX-1, laquelle préconise le suivi des personnes non criminellement responsables par la CETM, pour le volet judiciaire, et par un hôpital, pour le volet clinique. Ces changements, incluant l'incorporation de la définition d'« hôpital » à la Partie XX-1 C.cr., font, à mon avis, en sorte qu'il n'est plus possible de suivre la logique de la Cour d'appel et de conclure que l'INPLPP est une prison, alors qu'il ressort clairement de la législation maintenant en vigueur, soit le C.cr. et la LSSSS, que l'INPLPP est un hôpital.

Tout compte fait, il en demeure que tant les statistiques actuelles que celles évoquées dans le jugement de la Cour d'appel démontrent le caractère contraignant de l'hospitalisation à l'INPLPP. Ceci fait écho à la théorie de Foucault selon laquelle cette réclusion, à laquelle font face les patients, constitue surtout une « homologation des aliénés à tous les autres correctionnaires, comme en témoignent ces étranges formules juridiques, qui ne confient pas les insensés aux soins de l'hôpital, mais les condamnent à y séjourner »²¹⁰, comme le seraient des criminels forcés à s'installer en prison. Or, il faut retenir que ces personnes, peu importe leur statut, sont dirigées vers l'INPLPP, non pas dans l'objectif de purger une

CAULET, Yanick CHARRETTE, Gilles CÔTÉ, Anne G. CROCKER, Tonia L. NICHOLLS, Leila SALEM, Michael C. SETO et Catherine M. WILSON, « Non criminellement responsable pour cause de troubles mentaux : vers des pratiques et des politiques informées », *La non-responsabilité criminelle pour cause de troubles mentaux*, 2014, par Barreau du Québec – Service de la formation continue, vol. 388, Cowansville, Y. Blais, p. 23, en ligne : <<https://edocrtrine.caij.qc.ca/developpements-recents/388/368190274>> (consulté le 27 janvier 2020).

²⁰⁷ *Syndicat des travailleurs unis de Pinel c. Institut Philippe Pinel de Montréal*, préc., note 10.

²⁰⁸ *R. c. Swain*, [1991] 1 R.C.S. 933.

²⁰⁹ *Charte canadienne des droits et libertés*, partie I de la *Loi constitutionnelle de 1982*, [annexe B de la *Loi de 1982 sur le Canada*, 192, c. 11 (R.-U.)]. La Cour suprême a conclu spécifiquement que la disposition du C.cr. portait atteinte aux articles 7 et 9 de la Charte canadienne.

²¹⁰ M. FOUCAULT, préc., note 1, p. 154.

peine d'emprisonnement, mais dans celui de recevoir des soins et des services que seul un hôpital est en mesure de prodiguer.

1.2.5 L'organisation des services

L'INPLPP est organisée en 14 unités. Une unité consiste en un lieu où séjournent un groupe de patients. Dans chacune de ces unités, une équipe traitante s'affaire à coordonner et à offrir des soins et des services au groupe de patients qui y demeurent. Les différentes unités dans lesquelles sont reçus les patients de l'INPLPP présentent une dualité d'objectifs, qui contribue à brouiller les cartes, quant à la vocation de l'établissement. De fait, bien que des services de traitement et de rétablissement soient offerts dans la plupart des unités, ce qui est conséquent avec le fait de porter une mission hospitalière, des services d'évaluation ou d'expertise en lien avec le système judiciaire sont également déployés, parfois de façon exclusive dans certaines unités. Il est donc difficile de concevoir en quoi ces derniers services répondent à des finalités liées à la santé.

1.2.5.1 Les services d'expertise

Concrètement, certaines unités de l'INPLPP regroupent, exclusivement dans certaines ou non exclusivement dans d'autres, des patients qui sont référés à l'INPLPP selon une ordonnance émanant d'un tribunal qui requiert une expertise psychiatrique médico-légale. Il s'agit donc de séjours de courte durée, dans un objectif unique d'évaluation et non de traitement²¹¹ de la condition psychiatrique²¹², car les patients reçoivent leur congé de l'INPLPP, afin de se présenter au tribunal, une fois l'évaluation ordonnée réalisée²¹³. On peut donc conclure que ces unités, dans lesquelles transite la clientèle correspondant au pourcentage de 20% décrit à la section 1.2.4, offrent des services qui répondent quasi strictement à des objectifs en lien avec le système de justice criminelle ou pénale.

Les services d'expertise ne sont pas réellement analogues à ceux qui sont dispensés par un centre hospitalier, ceux-ci se rapportant à des objectifs de diagnostics, de soins médicaux et infirmiers et de

²¹¹ Le traitement d'un accusé peut être ordonné par un tribunal afin de rendre apte un accusé à subir son procès (art. 672.58 du C.cr.).

²¹² Ces informations figurent sur le site Internet de l'INPLPP, en ligne : <http://www.pinel.qc.ca/GeneralList.aspx?NavID=143&CultureCode=fr-CA> (consulté le 5 juin 2019).

²¹³ *Id.*

services psychosociaux préventifs ou de réadaptation²¹⁴. La clientèle reçue dans des unités d'expertise n'est d'ailleurs pas nécessairement atteinte d'une pathologie psychiatrique, bien qu'elle soit soupçonnée de l'être (c'est d'ailleurs un des aspects, qui peut être évalué à travers l'expertise exigée par un tribunal) et ne requiert possiblement aucun traitement lié à une condition médicale. Dans ces unités, on évalue ou l'on « diagnostique » dans le but de guider un tribunal de juridiction criminelle ou pénale et non dans une optique thérapeutique. Aussitôt la réponse réclamée par le tribunal produite, les patients sont congédiés de l'INPLPP²¹⁵.

Les psychiatres évaluant ces patients exercent leur discipline, la psychiatrie légale à laquelle je me suis précédemment attardée, à titre d'experts, le volet de soignant étant plutôt écarté dans ces unités d'expertise. Tel que l'exprime Bernheim au sujet du rôle de l'expert vis-à-vis le patient : « La relation professionnelle n'est plus celle d'un rapport interpersonnel, mais plutôt d'un rapport technique. D'ailleurs, le recours à l'expert est nécessaire pour « aider à trancher dans une conjoncture problématique » ; le contexte dans lequel il sera consulté n'est plus thérapeutique »²¹⁶.

Le contexte d'expertise est donc complètement dissocié du but du régime de santé et de services sociaux québécois, soit le « maintien et l'amélioration de la capacité physique, psychique et sociale des personnes d'agir dans leur milieu et d'accomplir les rôles qu'elles entendent assumer d'une manière acceptable pour elles-mêmes et pour les groupes dont elles font partie »²¹⁷. Les services de traitement et de rétablissement répondent davantage à ces impératifs.

1.2.5.2 Les services de traitement et de rétablissement

En dépit de leur statut légal, à l'heure actuelle, les patients séjournant à l'INPLPP sont répartis, de façon hétérogène, dans des unités dites « de traitement », c'est-à-dire que « des personnes présentant des problèmes très variés et à des stades forts différents de leur maladie et de leur processus de

²¹⁴ LSSSS, art. 81.

²¹⁵ Certains patients pourront être réadmis à l'INPLPP si un tribunal conclut à la non-responsabilité criminelle et octroie le mandat de détention pouvant découler de ce verdict à l'INPLPP. Ils seront alors orientés vers une unité de traitement plutôt que dans une unité d'expertise.

²¹⁶ E. BERNHEIM, préc., note 139, p. 182.

²¹⁷ LSSSS, al. 1.

rétablissement se retrouvent sur la même unité »²¹⁸. Cette situation résulte d'une insuffisance de ressources professionnelles, qui fait en sorte que l'admission des patients est effectuée selon un mode de répartition de la « charge ». Cela fait référence à l'intensité de soins et de services que requiert la pathologie de chaque patient, de sorte que chaque unité ne subisse pas une pression trop forte considérant sa capacité de prise en charge professionnelle²¹⁹.

Cette composition des unités entraîne des limites cliniques importantes, d'où la mise en œuvre d'un grand projet de réorganisation visant à revoir la programmation des soins et des services, en fonction des besoins des patients, qui devraient être minimalement analogues dans une même unité²²⁰. Ce projet est présentement à l'amorce de son déploiement, et j'y reviendrai plus amplement à la sous-section 1.2.5.3 de cet essai. Ainsi, la description des unités qui suit est celle actuellement en place à l'INPLPP.

Ces unités offrent des traitements, des services de réinsertion sociale et de réhabilitation axés sur le rétablissement²²¹ à une clientèle présentant une dangerosité ou une violence, en lien avec un problème psychiatrique, pouvant être sévère, chronique et persistant. En outre, ces personnes ont possiblement commis des agressions graves contre la personne²²². Selon cette description, les services offerts dans ces unités répondent davantage à un mandat hospitalier. Par ailleurs, la qualification faite de la clientèle renvoie au monde criminel ou carcéral, puisqu'on précise que celle-ci a potentiellement perpétré des délits et qu'elle est dangereuse et violente, ce qui peut être assimilé, dans l'imaginaire commun, à des comportements criminels.

²¹⁸ Trajectoire et programmation – Opérationnalisation de la planification stratégique de l'IPPM ; an 3, préc., note 175, p. 8.

²¹⁹ *Id.*, p. 8.

²²⁰ *Id.*

²²¹ Selon la Commission de la santé mentale du Canada, en santé mentale, « le « rétablissement » fait référence à la possibilité de mener une vie satisfaisante, valorisante et nourrie par l'espoir en dépit des inconvénients causés par les maladies et les problèmes en lien avec la santé mentale. Le processus de rétablissement s'inspire des forces de la personne, de sa famille, de sa culture et de sa collectivité. Il peut être favorisé par de nombreux types de services, de mesures de soutien et de traitements », en ligne : <<https://www.mentalhealthcommission.ca/Francais/ce-que-nous-faisons/retablissement>> (consulté le 25 juillet 2019).

²²² Ces informations figurent sur le site Internet de l'INPLPP, en ligne : <http://www.pinel.qc.ca/GeneralList.aspx?NavID=143&CultureCode=fr-CA> (consulté le 5 juin 2019).

En plus des unités de traitement, deux unités sont appelées « unités d'admission ou de réadmission ». Dans ces unités, on offre un traitement de courte durée à une clientèle présentant une maladie mentale en phase aiguë et une dangerosité requérant une hospitalisation en milieu sécuritaire²²³.

L'INPLPP comprend également une unité distincte, qui accueille des femmes purgeant une peine fédérale. Il s'agit du seul contrat qu'a proposé Service correctionnel Canada à l'INPLPP ; aucun contrat de même nature ne visant les hommes purgeant une sentence fédérale n'existe entre Service correctionnel Canada et l'INPLPP. Les services qui sont offerts dans cette unité le sont sur une base volontaire et vise à prodiguer un traitement de crise ou un traitement à une clientèle détenue, qui présente un trouble grave de comportement, lorsque l'état de santé outrepassse le niveau de services thérapeutiques offerts dans les pénitenciers²²⁴. Cette unité est particulière en ce sens que le lien avec le service correctionnel est direct²²⁵, puisque les patientes admises à l'INPLPP purgent autrement une peine d'emprisonnement dans un pénitencier et ont donc été considérées criminellement responsables d'actes criminels ou de crimes commis. Ceci n'empêche évidemment pas qu'elles puissent souffrir de troubles psychiatriques. L'existence de ce programme s'adressant aux détenues fédérales constitue un argument supplémentaire voulant que l'INPLPP est bel et bien un établissement de santé et non un centre de détention. Justement, le fait de sortir les détenues des pénitenciers, pour les amener à séjourner à l'INPLPP, constitue une reconnaissance que l'INPLPP n'est pas un établissement carcéral, mais plutôt un endroit qui est en mesure d'offrir des soins et des services psychiatriques. Les pénitenciers ne sont possiblement pas en mesure d'en dispenser, du moins à la même intensité, compte tenu de leur vocation²²⁶.

Une autre unité dotée d'un mandat particulier reçoit des adolescents âgés de 14 à 18 ans. Cette unité propose des services d'évaluation, afin de répondre à des questions posées par la Chambre jeunesse de la

²²³ *Id.*

²²⁴ *Id.*

²²⁵ En vertu du par. 1 de l'art. 16 de la LSCMLSC, le ministre de la Sécurité publique et de la Protection civile peut, avec l'agrément du gouverneur en conseil, conclure un accord avec le gouvernement d'une province en vue de l'incarcération soit dans les établissements correctionnels ou hôpitaux de la province, de personnes condamnées ou transférées au pénitencier.

²²⁶ Certains établissements de détention ont par ailleurs des vocations particulières. Par exemple, selon le Site Internet du Ministère de la sécurité publique du Québec, la prison provinciale de Percé qui a été ouverte en 2019 est spécialisée en délinquance sexuelle : « [u]ne équipe multidisciplinaire (criminologue, psychologue, sexologue), sous la responsabilité du ministère de la Santé et des Services sociaux, offre aux délinquants sexuels des services d'évaluation et d'intervention pendant leur traitement qui est d'une durée de six mois », en ligne : <<https://www.securitepublique.gouv.qc.ca/services-correctionnels/milieu-carceral/etablissements-detention.html>>. On pourrait donc également interpréter le transfert des détenues fédérales vers l'unité les accueillant à l'INPLPP comme étant un transfert entre établissements de détention.

Cour du Québec. Cette unité répond donc à des considérations relevant du système judiciaire, mais présente également une offre de traitement pour une clientèle adolescente présentant des problèmes psychiatriques sévères associés à des comportements violents, placée sous la *Loi sur la protection de la jeunesse*²²⁷ ou de la LSJPA. C'est donc, à nouveau, une forme de mixité de mandats, évaluation et traitement, qui règne dans cette unité, toujours en lien avec des conduites connexes au monde délictuel. Toutefois, la raison d'être de cette unité semble comparable, en partie, à celle des centres de protection de l'enfance et de la jeunesse²²⁸ qui, eux, sont considérés comme faisant partie intégrante du réseau de la santé et des services sociaux²²⁹.

Il importe de souligner que, bien que la majorité des patients hospitalisés à l'INPLPP se situent dans une forme d'état de coercition, les divers statuts légaux qui leur sont accolés ne font pas en sorte qu'ils puissent être traités contre leur gré. En effet, la détention d'un patient, en raison de la commission d'une infraction ou d'un acte criminel, ne permet pas qu'on lui prodigue des soins sans son consentement. Il en est de même, tant pour un patient se trouvant sous mandat de la CETM²³⁰ que pour celui en évaluation, pour déterminer son aptitude à subir son procès ou sa responsabilité criminelle²³¹. Le patient qui est sous garde civile en établissement ne peut lui non plus être traité sans consentement.

L'ensemble des situations décrites n'emportent donc pas d'effets en lien avec la capacité légale de consentir aux soins. Ainsi, le seul mécanisme s'offrant à l'établissement, afin qu'il puisse traiter un patient qui n'offre pas son consentement, est de demander au tribunal une autorisation de soins²³². Cette demande ne pourrait être logée auprès de la CETM, puisque, selon l'art. 672.55 C.cr., celle-ci ne peut prescrire de traitement ou ordonner qu'un patient s'y soumette, bien que sa décision puisse comporter une condition relative à un traitement estimé raisonnable et nécessaire aux intérêts du patient, ce dernier

²²⁷ Préc., note 188.

²²⁸ Selon l'art. 82 LSSSS, « la mission d'un centre de protection de l'enfance et de la jeunesse est d'offrir dans la région des services de nature psychosociale, y compris des services d'urgence sociale, requis par la situation d'un jeune en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse (chapitre P-34.1) et de la LSJPA ainsi qu'en matière de placement d'enfants, de médiation familiale, d'expertise à la Cour supérieure sur la garde d'enfants, d'adoption, de recherche des antécédents sociobiologiques et de retrouvailles ».

²²⁹ LSSSS, art. 79, al. 3.

²³⁰ C.cr., art. 672.55(1).

²³¹ C.cr., art. 672.19 ; la seule exception permettant l'ordonnance d'un traitement se trouve à l'art. 672.58 C.cr., conjointement à l'art. 672.62(2) C.cr. précisant l'inapplication des cadres légaux provinciaux en matière de consentement, qui prévoit la possibilité pour le tribunal d'ordonner un traitement d'un maximum de 60 jours afin de rendre apte un accusé inapte à subir son procès.

²³² C.c.Q., art. 16.

devant y consentir. Cette possibilité qu'a la CETM d'émettre une telle condition de libération ne peut être considérée comme permettant un traitement forcé de l'accusé, mais si celui-ci ne s'y soumet pas, il se trouve à agir en contravention d'une condition émanant d'une instance judiciaire²³³. Il s'agit là d'une situation confondante, tant pour le patient que pour l'hôpital.

Malgré le fait que les patients assujettis à un séjour à l'INPLPP ne puissent être traités de façon automatique, la contrainte, dominant leur raison d'être à l'INPLPP, se heurte tout de même aux principes d'intégrité et d'inviolabilité de la personne, ainsi qu'à celui d'autodétermination, ces principes étant directement rattachés au contexte de soins²³⁴. Il est, de fait, légitime de se questionner à savoir comment peut s'établir une véritable alliance thérapeutique²³⁵, alors qu'un patient se voit imposer de demeurer dans un établissement²³⁶. L'alliance thérapeutique est qualifiée comme étant « essentielle à la réussite du traitement entrepris »²³⁷ et est caractérisée par trois critères soit : « l'accord commun entre thérapeute et patient sur les buts du traitement et sur les modalités de réalisation, le développement d'un lien de confiance mutuel et, enfin, la mise en place de la relation thérapeutique, qui nécessite la reconnaissance de l'autonomie du patient et l'engagement réciproque dans le dialogue »²³⁸.

Le séjour obligé des patients à l'INPLPP vient nécessairement entraver les composantes mêmes de l'alliance thérapeutique puisque découlant initialement d'une décision ordonnant la détention d'un patient à l'INPLPP, sans égard à son consentement comme tel est le cas dans un contexte de garde en établissement ou d'autorisation de soins contre le gré en matière civile²³⁹. En effet, dans de tels contextes, l'hôpital requérant la garde du patient en établissement ou l'autorisation de prodiguer un traitement à un

²³³ À ce sujet, voir : Annie-Pierre OUMET-COMPTOIS, *Criminels ou patients ? – La non-responsabilité criminelle pour cause de trouble mentaux : le difficile mariage entre justice et santé*, Essai de maîtrise, Université de Sherbrooke (2015) Collection de la Faculté de droit dans Savoirs UdeS, p. 60 à 64.

²³⁴ C.c.Q., art. 10 et suiv.; E. BERNHEIM, préc., note 40, p. 562-563.

²³⁵ Dans le milieu de la santé, l'expression « alliance thérapeutique » fait référence à cette relation de confiance que doit établir le professionnel de la santé avec son patient en vertu des codes de déontologie régissant la conduite des professionnels de la santé : Paul-André Lafleur, « Je ne suis pas malade docteur ! », S.F.B.P.Q., vol. 165, *Développements récents – Être protégé malgré soi* (2002), Cowansville, Éditions Yvon Blais, p. 3-4.

²³⁶ Le *Code de déontologie des médecins*, RLRQ c. M-9, r.17, à son article 18, oblige le médecin à chercher à établir et à maintenir avec son patient une relation de confiance mutuelle. Le fait qu'un patient ne choisisse pas d'être admis à l'INPLPP apparaît constituer une certaine complexification dans l'établissement et le maintien d'une telle relation de confiance avec son médecin.

²³⁷ Emmanuelle Bernheim et Caroline Larue, « Mesures de contrôle en psychiatrie : impacts cliniques et juridiques de la recherche interprétative » (2009) *Aporia*, vol. 1, numéro 1, p. 56.

²³⁸ *Id.*

²³⁹ A.-P. OUMET-COMPTOIS, préc., note 232, p. 47 à 49 et 63.

patient, devant le refus catégorique de ce dernier, se retrouve opposé au patient, dans la forme « hôpital contre patient » devant la cour²⁴⁰. On peut facilement concevoir la difficulté d'établir une alliance thérapeutique forcée, puisque la coercition va à l'encontre même des fondements de celle-ci.

Des interrogations similaires se posent également, quant au réel caractère libre d'un consentement²⁴¹ à certains soins, qui pourrait être obtenu d'un patient se trouvant dans une telle situation contraignante, étant donné les pressions rattachées à son statut légal. Par exemple, on peut penser qu'un patient désireux d'obtenir une libération inconditionnelle ou conditionnelle de la part de la CETM²⁴² sera possiblement porté à adhérer au traitement proposé par l'équipe traitante de l'hôpital où il est détenu.

Il en est de même avec certains principes inhérents au système de santé et de services sociaux québécois, tel le libre choix de l'établissement, duquel on désire recevoir des services de santé et des services sociaux²⁴³. De fait, lorsqu'une Cour criminelle ou la CETM ordonne qu'une personne soit détenue à l'INPLPP, le patient n'a alors pas le choix de l'établissement où il pourra recevoir des services de santé et des services sociaux.

Ainsi, les unités offrant des traitements et des services de rétablissement semblent davantage compatibles avec les rôles que doit assumer un établissement de santé et de services sociaux, bien qu'on puisse y voir certaines limites en lien avec l'état de contrainte prédominant chez les patients de l'INPLPP. Cela dit, le portrait des unités de traitement et de rétablissement est appelé à se transformer dans les prochaines

²⁴⁰ Emmanuelle BERNHEIM, « Quand le droit et la justice contribuent à la marginalisation sur la rupture de solidarité sociale en santé mentale au Québec », dans M. C. Doucet et N. Moreau (dir.), *Penser les liens entre santé mentale et société aujourd'hui*, Presses de l'Université du Québec, 2014, p. 344.

²⁴¹ La validité d'un consentement obtenu dépend notamment de son caractère libre et éclairé selon l'art. 10, al. 2 C.c.Q. En ce qui a trait au premier critère, la professeure Bernheim résume ainsi : « il vise plus précisément un consentement ou un refus dénué de toute contrainte induite. (...) Le patient doit être en mesure (...) d'arrêter une décision en fonction de ses besoins personnels » ; E. BERNHEIM, préc., note 40, p. 564.

²⁴² C.cr., art. 672.54 a) et b).

²⁴³ LSSSS, art. 6, al. 1. La sectorisation des services en psychiatrie vient amoindrir ce droit au libre choix. En effet, la sectorisation est une mesure administrative voulant qu'un patient atteint de problèmes de santé mentale puisse se référer à l'hôpital de son secteur géographique de résidence pour recevoir des soins et des services. Or, dans les faits, cette politique était appliquée de sorte qu'un patient ne puisse requérir les soins et les services d'un autre hôpital que celui qui lui était attribué de par son secteur de résidence. Bien que cette politique qualifiée comme étant discriminatoire par la Commission des droits de la personne et de la jeunesse ait été abolie depuis 2006 au sein du réseau de la santé et des services sociaux québécois, il semble que cette pratique soit toujours appliquée à certains endroits, ce qui est dénoncé par le Protecteur du citoyen dans plusieurs de ses rapports : Informations tirées du site Internet « Vos droits en santé », produit par Ménard Martin avocats, en ligne : <<http://www.vosdroitsensante.com/1259/la-sectorisation-des-services>> (consulté le 30 juillet 2019).

années. La prémissesur laquelle se fonde le nouveau modèle d'organisation des services, la gestion du risque, perpétue le dilemme de qualification de l'établissement. Et cela mérite d'être examiné.

1.2.5.3 La nouvelle organisation des services

L'INPLPP s'active à mettre en œuvre une nouvelle organisation des services au sein de l'établissement, ayant pour objectif de s'« assurer que les patients reçoivent les services correspondant à leur niveau de besoins, de capacités et de risques en fonction des meilleures connaissances actuelles »²⁴⁴. Étant donné que les unités dites de traitement et de rétablissement ont des visées qui s'enchevêtrent et qui apparaissent difficiles à départager, on se retrouve avec un manque de spécialisation. En effet, des patients présentant diverses pathologies psychiatriques sans véritable spécificité sont partagés dans les différentes unités, sans égard à leur type de pathologie ou à leurs besoins spécifiques. C'est ainsi qu'il est proposé de revoir la répartition des patients dans les unités de traitement/rétablissement en tenant compte de deux aspects principaux : les particularités de la clientèle et le niveau de sécurité qu'elle requiert. Les unités proposées par le nouveau modèle projeté par les dirigeants de l'établissement sont les suivantes²⁴⁵ :

- Unité de traitement aigu (hospitalisation d'urgence) où le niveau de sécurité est « élevé » ;
- Unité de traitement pour cas réfractaires (sous mesures de contrôle) où le niveau de sécurité est « élevé » ;
- Unité de traitement court-séjour où le niveau de sécurité est « moyen-élevé » ;
- Unité de traitement pour clientèle d'hommes et de femmes ayant commis des délits intrafamiliaux ou des crimes graves contre la personne où le niveau de sécurité est « moyen-élevé » ;
- Unité de traitement et de rétablissement d'hommes et de femmes pour clientèle présentant une comorbidité où le niveau de sécurité est « moyen-élevé » ;
- Unité de traitement pour clientèle présentant des troubles sévères et persistants où le niveau de sécurité est « moyen-élevé » ;
- Unité de rétablissement pour clientèle présentant des troubles cognitifs où le niveau de sécurité est « moyen » ;
- Unité de rétablissement pour clientèle présentant des troubles sévères et persistants où le niveau de sécurité est « moyen » ;
- Unité de rétablissement pour clientèle présentant une comorbidité où le niveau de sécurité est « moyen ».

²⁴⁴ Trajectoire et programmation – Opérationnalisation de la planification stratégique de l'IPPM ; an 3, préc., note 175, p. 8.

²⁴⁵ *Id.*, p. 41.

Le plan proposé constitue donc un modèle reposant essentiellement sur la gestion du risque²⁴⁶, de laquelle découleront les soins et les services qui y correspondent, le tout en fonction de l'état clinique du patient. L'évaluation du risque est d'ailleurs intégrée au plan de soins²⁴⁷ du patient²⁴⁸. Ce risque est évalué de façon quotidienne par les professionnels (médecins, infirmières, criminologues, psychologues, travailleurs sociaux, ergothérapeutes et éducateurs) et divers outils cliniques dits validés sont proposés pour ce faire²⁴⁹.

L'assujettissement du « thérapeutique » au « sécuritaire » semble se refléter dans cette nouvelle orientation par rapport à l'organisation vers laquelle les services offerts à l'INPLPP vont s'organiser. De fait, on veut guider le parcours des patients en fonction de l'évaluation et de la gestion du risque des comportements violents ou criminels qu'ils représentent. Ainsi, on se dirige vers un modèle dans lequel, dans un contexte de traitement et non d'expertise, les professionnels de la santé portent en tout temps le chapeau d'experts en matière de prévention du danger. À nouveau, ceci peut paraître étonnant, les professionnels de la santé étant plutôt réputés comme étant des personnes qui soignent, qui guérissent, qui soulagent ou qui viennent en aide. À ce titre, Bernheim, en référant à l'expert psychiatre, qui guide le tribunal dans le cadre des demandes de garde en établissement²⁵⁰, fait la réflexion suivante qui, me semble-t-il, se transpose, avec les nuances qui s'imposent, au modèle de gestion du risque mis de l'avant par l'INPLPP et au rôle des professionnels de la santé à ce niveau :

« La reconnaissance du psychiatre en tant qu'expert de la folie, donc en tant que seul à pouvoir prédire la dangerosité et à évaluer le risque, vient intervenir directement dans son rapport aux malades et à la communauté. Il n'est plus seulement celui qui soulage, mais également, et peut-être surtout, celui qui protège, qui anticipe la menace. »²⁵¹

²⁴⁶ *Id.*, p. 36.

²⁴⁷ Dans les établissements de santé et de services sociaux, les articles 10, 102 et 103 LSSSS prévoient qu'un plan d'intervention ou un plan de services individualisés doit être élaboré pour chaque patient et que ce dernier puisse participer à l'élaboration d'un tel plan. Il n'est pas clair si le document *Trajectoire et programmation – Opérationnalisation de la planification stratégique de l'IPPM* ; an 3 réfère à ce plan d'intervention ou de services individualisés qui traite globalement les besoins de façon multidisciplinaire ou s'il se rapporte au plan de soins infirmiers, ce dernier concernant que les besoins au niveau des soins infirmiers.

²⁴⁸ *Trajectoire et programmation – Opérationnalisation de la planification stratégique de l'IPPM* ; an 3, préc., note 175, p. 38.

²⁴⁹ *Id.*, p. 39-40.

²⁵⁰ Le critère de la dangerosité liée à l'état mental est au cœur du régime civil permettant de maintenir une personne sans son consentement dans un établissement de santé ; *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental représente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*, préc., note 52 et C.c.Q., art. 26 et suiv.

²⁵¹ E. BERNHEIM, préc., note 139, p. 44-45.

On peut trouver une légitimité et probablement une forme de cohérence clinique en ce désir de créer des « cohortes de patients ayant des profils clinico-comportementaux similaires »²⁵². Les hôpitaux sont, en effet, traditionnellement organisés en fonction du type de soins à prodiguer. Or, ce qui demeure singulier, c'est qu'à l'INPLPP, on propose que les services que les patients requièrent dépendent nécessairement du niveau de sécurité qu'ils nécessitent²⁵³. Une forme de corridor leur permettra alors de cheminer, d'unité en unité, de services en services, selon leur évolution sur le plan de la sécurité. Un hôpital n'utilise normalement pas une telle classification de sa clientèle fondée sur le niveau de sécurité qu'elle commande. Ce système de catégorisation en fonction du niveau de sécurité fait écho au monde carcéral. De fait, lorsqu'un détenu purge une peine de détention dans une prison fédérale, il est légalement prévu que le service correctionnel canadien assigne à chaque détenu une cote de sécurité selon les catégories dites maximale, moyenne et minimale²⁵⁴, ce qui s'apparente aux classes de sécurité proposées par l'INPLPP.

Selon le modèle d'organisation des services, en fonction du niveau de sécurité que commande le patient proposé par l'INPLPP, il est spécifié que cette évaluation est réalisée principalement au moyen du DUNDRUM²⁵⁵, un « outil de jugement professionnel structuré, qui aide à la prise de décision lorsque le portrait clinique suggère le transfert d'un individu soit d'un établissement à un autre, ou d'un niveau de

²⁵² Trajectoire et programmation – Opérationnalisation de la planification stratégique de l'IPPM ; an 3, préc., note 175, p. 11.

²⁵³ Selon le document Trajectoire et programmation – Opérationnalisation de la planification stratégique de l'IPPM ; an 3, préc., note 175, p. 21, ce modèle s'appuie par ailleurs sur celui développé par le National Forensic Mental Health Service, un programme intégrant des services auxquels la clientèle est assignée à son niveau de sécurité (élevé, moyen, faible).

²⁵⁴ LSCMLC, art. 30(1). Les services correctionnels québécois ont également un système dit « encadrement sécuritaire (minimal, moyen ou élevé) », qui comporte certains critères à évaluer, mais pour les fins de cet essai, seule une comparaison avec le service correctionnel canadien est réalisée. Le document « Classement d'une personne incarcérée dans un établissement de détention » émane de la direction du conseil à l'organisation Normalisation – Standardisation du Ministère de la sécurité publique et prévoit des critères à considérer pour déterminer le besoin d'encadrement sécuritaire.

²⁵⁵ Le DUNDRUM, acronyme pour « Dangerousness, Understanding, Recovery and Urgency Manuel », est un « guide contenant un ensemble d'échelles en quatre parties destinées à appuyer la prise de décision lors de l'évaluation du besoin quant au niveau de sécurité à attribuer aux clientèles de psychiatrie-légale qui séjournent en établissement. Les échelles qu'il contient permettent d'apprécier le niveau de sécurité thérapeutique à assigner, lors du déplacement en institution, l'urgence des cas prioritaires au triage, l'évolution dynamique du patient à travers les programmes de soins et la gestion des comportements, et, finalement, les perspectives de rétablissement » : explications tirées du site Internet de l'Équipe Vulnérabilité, intégration sociale et violence, en ligne : <<https://visev.ca/outils/>>.

sécurité à un autre »²⁵⁶, outil ayant été validé par au moins huit études²⁵⁷. Le DUNDRUM comporte quatre instruments. Le premier (DUNDRUM-1), sur lequel je m'attarderai compte tenu de ses similitudes avec la cote de sécurité du service correctionnel canadien, porte sur le triage et permet de déterminer le niveau de sécurité thérapeutique requis, soit élevé, moyen ou faible. Le deuxième (DUNDRUM-2) permet une priorisation d'une liste d'attente dans une unité sécuritaire ; le troisième (DUNDRUM-3), d'évaluer l'achèvement des programmes visant à réduire le risque de comportements violents ; le quatrième (DUNDRUM-4) d'apprécier les signes de rétablissement ou la nécessité moindre de sécurité thérapeutique. À noter que cet outil fait référence au concept de « sécurité thérapeutique », ce qui semble impliquer curieusement que les contraintes sécuritaires puissent avoir un certain effet au niveau thérapeutique. Évidemment, on ne retrouve pas cette notion de « thérapeutique » au niveau des cotes de sécurité du service correctionnel canadien.

Le tableau suivant se veut une comparaison des critères retenus par le service correctionnel canadien et ceux appréciés, lors de l'utilisation du premier instrument de l'outil DUNDRUM utilisé par l'INPLPP, afin d'attribuer un niveau de sécurité aux détenus et aux patients respectivement. Par cet exercice, j'ai tenté de trouver un équivalent à chacun des items retenus par les services correctionnels canadiens, parmi ceux auxquels on a recours par l'outil DUNDRUM-1. Le symbole « Ø » signifie qu'aucun équivalent n'a pu être repéré.

²⁵⁶ Trajectoire et programmation – Opérationnalisation de la planification stratégique de l'IPPM ; an 3, préc., note 175, p. 11 et 14.

²⁵⁷ *Id.*, p. 15.

Comparaison des facteurs pris en considération pour attribuer un niveau de sécurité	
Service correctionnel Canada ²⁵⁸	DUNDRUM-I utilisé par l'INPLPP ²⁵⁹
Gravité de l'infraction commise	Gravité des gestes de violence
Accusation en instance	Processus judiciaire
Rendement et conduite pendant la purge de la peine	Comportement en établissement
Antécédents sociaux et criminels	Ø
Maladie physique ou mentale ou tout trouble mental	Besoins de soins spécialisés en psychiatrie légale Gravité des comportements autodestructeurs Imminence du risque de suicide
Propension à la violence	Imminence du risque de violence Besoins complexes reliés au risque de violence
Implication continue dans des activités criminelles	Ø
Ø	Fugue et évasion
Ø	Contrôle des accès
Ø	Considérations envers les victimes
Ø	Confiance du public

On constate donc que plusieurs éléments peuvent y trouver écho, malgré une formulation différente. Alors que les services correctionnels canadiens semblent davantage axés sur les infractions elles-mêmes, le DUNDRUM-1 fait plutôt référence à la notion de violence. Il est encourageant d'observer que des considérations liées à la santé sont prises en compte, même dans le domaine correctionnel. Enfin, certains paramètres appartenant au DUNDRUM-I apparaissent surprenants, puisqu'ils évoquent des considérations relevant, de prime abord, du système de justice : considérations envers les victimes et confiance du public. Il importe de préciser que, à l'INPLPP, les évaluations avec l'outil DUNDRUM-I sont réalisées par des professionnels de la santé formés²⁶⁰, alors que ce sont des agents de libération

²⁵⁸ *Règlement sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition*, préc., note 134.

²⁵⁹ Trajectoire et programmation – Opérationnalisation de la planification stratégique de l'IPPM ; an 3, préc., note 175, p. 14.

²⁶⁰ Trajectoire et programmation – Opérationnalisation de la planification stratégique de l'IPPM ; an 3, préc., note 175, p. 11.

conditionnelle²⁶¹ qui réalisent les évaluations et qui recommandent l'attribution d'une cote de sécurité en application des critères prévus par règlement.

Il faut par ailleurs garder en tête que la caractéristique principale, qui distingue la clientèle accueillie à l'INPLPP, est celle de présenter un « risque élevé de comportements violents »²⁶², ce qui implique forcément une nécessité intensifiée de mesures de sécurité. On comprend par contre que, si ce risque est neutralisé ou géré, le patient ne devrait plus être entre les murs de l'INPLPP, mais être dirigé vers un autre établissement ou vers d'autres ressources étant moins centrées sur la sécurité. Ceci étant, ce mouvement quant au mandat des professionnels de la santé de l'INPLPP, sur le plan de l'évaluation du risque au regard des fonctions régulières, qui leur sont habituellement rattachées dans la conscience populaire, vient ajouter un élément déroutant relativement à la qualification de l'établissement.

En somme, il est étonnant de constater que l'organisation des services d'un hôpital répond à certaines considérations étrangères au régime de santé et de services sociaux, mais directement imbriqués dans le processus judiciaire criminel. Également, le volet d'évaluation, pour des motifs d'expertise ou de gestion du risque, évoque un certain dérapage contrastant avec ce qu'on conçoit de l'acte thérapeutique. L'INPLPP tente de se camper comme étant un lieu de traitement. Or, il est impensable d'évacuer le fait que le crime est imbriqué dans la pathologie psychiatrique de la plupart des patients de l'INPLPP. L'organisation des services est donc façonnée de manière à en tenir compte.

1.2.6 *Le personnel employé*

Il faut prendre acte du fait que la majorité du personnel exerçant à l'INPLPP est lié au domaine clinique, contrairement au personnel œuvrant dans les prisons, qui relève plutôt de corps d'emploi connexes à la sécurité ou à des mandats liés à la réinsertion sociale des personnes contrevenantes²⁶³. Les postes

²⁶¹ Directive du commissaire « Cote de sécurité et placement pénitentiaire », Service correctionnel du Canada, en ligne : < <https://www.csc-scc.gc.ca/lois-et-reglements/705-7-cd-fra.shtml#annexeE> >, consulté le 23 août 2019.

²⁶² Rapport annuel de gestion 2018-2019 de l'INPLPP, préc., note 120.

²⁶³ À titre d'exemple, le site Internet du Ministère de la sécurité publique du Québec présente certaines possibilités de carrières dans le domaine carcéral : agent(e) des services correctionnels, agent(e) de probation et conseiller(ère) en milieu carcéral. Ces titres d'emplois font référence aux mandats auxquels sont rattachés des considérations de sécurité, de promotion de la réinsertion sociale et d'évaluation, en ligne : < <https://www.securitepublique.gouv.qc.ca/ministere/carriere-msp.html> > (consulté le 28 juillet 2019).

présentement disponibles à l'INPLPP²⁶⁴, excluant les secteurs para-technique et des services auxiliaires, comportent des candidats à l'exercice de la profession d'infirmière, des éducateurs spécialisés (appelés « sociothérapeutes »), des infirmiers, des infirmiers cliniciens, des psychologues, des travailleurs sociaux, des commis surveillants d'unité, des secrétaires médicaux. Ces postes s'apparentent davantage à des emplois retrouvés en contexte hospitalier. On compte d'ailleurs rehausser les ressources infirmières et professionnelles²⁶⁵.

De fait, de nouveaux postes cliniques, tels des assistants du supérieur immédiat (dites « infirmières-chefs » dans le réseau de la santé), des ergothérapeutes et des kinésiothérapeutes, sont prévus, selon l'organisation des services projetée²⁶⁶. En plus d'y voir là la marque d'une volonté de rehausser la qualité des soins et services, on y voit une tendance à se calquer un peu plus sur un modèle hospitalier traditionnel. On y retrouve toutefois des postes d'intervenants spécialisés en pacification et en sécurité et des postes de gardes qui sont tous les deux responsables d'assurer la sécurité. Ces derniers titres d'emploi font plutôt référence à l'univers correctionnel. On constate donc une mixité des emplois reliés à la santé et à la sécurité.

De plus, des criminologues prennent part de façon importante à l'organisation des services de l'INPLPP. Cette profession évoque également une certaine singularité au sein du réseau de la santé et des services sociaux. En effet, on se demande quelle place peut prendre un criminologue dans un hôpital, puisque son appellation même fait référence au domaine criminel. De fait, l'une des activités principales que les criminologues peuvent exercer est d'« évaluer les facteurs criminogènes et le comportement délictueux de la personne ainsi que les effets d'un acte criminel sur la victime »²⁶⁷, activité particulièrement axée sur le crime et non la pathologie. Toutefois, certaines activités qu'ils sont autorisés à exercer se rapportent à l'univers du soignant, soit « évaluer une personne atteinte d'un trouble mental ou neuropsychologique attesté par un diagnostic ou par une évaluation effectuée par un professionnel habilité »²⁶⁸ ou à des éléments appartenant au réseau de la santé et des services sociaux, soit décider de l'utilisation des

²⁶⁴ Données obtenues sur le site Internet de l'INPLPP, en ligne : <http://www.pinel.qc.ca/JobList.aspx?NavID=124&CultureCode=fr-CA> (consulté le 23 août 2019).

²⁶⁵ Trajectoire et programmation – Opérationnalisation de la planification stratégique de l'IPPM ; an 3, préc., note 175, p. 11.

²⁶⁶ *Id.*, p. 43.

²⁶⁷ *Décret 639-2915, Code des professions*, RLRO, c. C-26, Lettres patentes constituant l'Ordre professionnel des criminologues du Québec, art. 2, par. 1.

²⁶⁸ *Id.*, art. 2, par. 2, al. 1.

mesures de contention²⁶⁹ et d'isolement²⁷⁰ dans le cadre de l'application de la LSSSS. Cette référence à une activité précisément prévue par la loi qui régit le réseau de la santé et des services sociaux confirme le fait que l'on conçoive que la profession de criminologue ait un rôle à jouer au sein de celui-ci.

À l'INPLPP particulièrement, les criminologues sont appelés à assumer les fonctions suivantes : clarifier le statut juridique du patient et informer celui-ci et l'équipe, quant aux modalités de fonctionnement du système de justice, réaliser des évaluations criminologiques, des facteurs de risques de violence et de rechute, effectuer des interventions en lien avec la reconnaissance des facteurs de risques de violence et de la prévention de la rechute ou de la récidive et effectuer des démarches en lien avec la réinsertion sociale du patient²⁷¹. Les liens entre le système de justice et l'INPLPP sont réaffirmés par le fait qu'une profession se concentre expressément sur ceux-ci. Le volet de l'évaluation du risque est également très présent dans l'accomplissement des fonctions de criminologue à l'INPLPP. Pour ainsi dire, ce titre d'emploi, bien qu'il apparaisse de prime abord corollaire à l'univers de la criminalité, participe à l'éventail de services offerts à la clientèle spécifique de l'INPLPP. Considérant la particularité qui singularise une majorité de la clientèle de l'INPLPP, soit un lien direct avec le système de justice criminelle, on peut y voir là une certaine cohérence à ce que des professionnels de la criminalité prennent part à l'offre de services présentée par l'établissement.

Les professionnels de la santé œuvrant à l'INPLPP axent leurs interventions sur l'évaluation du risque présenté par le patient. On peut, à nouveau, soulever la probable difficulté, qui réside dans l'instauration et la préservation de l'alliance thérapeutique entre le patient et les professionnels de la santé. En effet, ces derniers, en plus d'offrir soins et traitements au patient, mènent un exercice constant d'évaluation de son niveau de risque de violence envers autrui, qui découle en l'attribution d'un degré de sécurité avec lequel, on peut se l'imaginer, le patient peut être en désaccord. Les comportements du patient sont scrutés sans relâche dans le but de déceler les indices nécessaires à évaluer son risque de dangerosité. Cette surveillance incessante peut avoir un impact sur l'aisance du patient dans ses interactions avec les professionnels de la santé. Le patient peut être déstabilisé, puisqu'il est conscient du jugement qui est porté à l'ensemble de ses façons d'être. Ceci peut trouver écho dans n'importe quel hôpital psychiatrique,

²⁶⁹ *Id.*, art. 2, par. 2, al. 4.

²⁷⁰ *Id.*, art. 2, par. 2, al. 5.

²⁷¹ Ces informations figurent sur le site Internet de l'INPLPP, en ligne : <<http://www.pinel.qc.ca/EntityList.aspx?NavID=998&CultureCode=fr-CA>> (consulté le 28 juillet 2019).

mais davantage, à mon sens, dans le modèle proposé à l'INPLPP, qui met au cœur de son fonctionnement l'évaluation du risque dangereux.

Foucault parle de « discours qui non seulement s'organise autour du champ de la perversité, mais autour également du problème de danger social », de « discours qui aura pour fonction de détecter le danger et de s'opposer à lui », donc de « discours dont l'organisation épistémologique (qui est), tout entière commandée par la peur et la moralisation »²⁷². De son côté, Bernheim réitère que « la prévention des comportements dérangeants, marginaux ou déviants est une activité de contrôle social, qui n'a plus rien à voir avec la fonction thérapeutique médicale, mais plutôt avec la constitution d'un discours expert »²⁷³. L'évaluation du risque criminel ou violent propre à l'individu, étant un élément central aux fonctions des professionnels de la santé exerçant à l'INPLPP, est fort probablement indispensable dans ce milieu de soins. Toutefois, il introduit une forme de contrôle et de surveillance continue des patients hospitalisés : contrôle et surveillance sont pourtant des concepts qui guident le travail carcéral²⁷⁴, bien qu'ils ne soient pas élaborés et soutenus par des visées thérapeutiques comme c'est le cas à l'INPLPP.

Cette forme de « glissement conceptuel (...) vers une politique de gestion du risque »²⁷⁵ n'est par ailleurs pas unique à l'INPLPP puisque l'histoire dans le domaine de la psychiatrie légale semble en avoir été teintée. De fait, au XIX^e siècle, en France, alors qu'on vint établir le critère légal de la dangerosité imminente, pour permettre l'internement d'une personne, on a assisté à une évolution de la conception de cette dangerosité imminente, celle-ci ayant muté vers un risque éventuel qui menace la sécurité²⁷⁶. Cette transformation est actualisée, et s'actualise toujours, dans une optique louable de prévention, de manière à protéger tout un chacun, y compris le malade, contre cette folie qui conserve en elle un potentiel dangereux pouvant, à divers degrés, se matérialiser à tout moment, sans que l'on puisse savoir quand exactement.

²⁷² Michel FOUCAULT, *Les anormaux – Cours au collège de France 1974-1975*, Paris, Édition numérique réalisée en août 2012 à partir de l'édition CD-ROM, Le Foucault Électronique (éd.2001), en ligne : <<http://ekladata.com/a5J-kPD0FAZwSKkLJzNbvbfFa1Jw/Foucault-Michel-Les-Anormaux-1974-1975-.pdf>> (consulté le 6 juin 2019)

²⁷³ E. Bernheim, préc., note 139, p. 41.

²⁷⁴ M. FOUCAULT, préc., note 24, p. 182 : Michel Foucault, dans cet ouvrage, fait l'historique et l'analyse des systèmes punitifs, spécifiquement de la prison.

²⁷⁵ *Id.*, p. 39.

²⁷⁶ *Id.*, p. 38-39.

1.2.7 Les lieux physiques

Une incursion dans les lieux physiques de l'INPLPP provoque assurément un certain choc chez quiconque croit entrer dans un hôpital. Bien que, tel qu'exposé précédemment, les architectes ayant esquissé les plans de l'établissement avaient comme intention que se voit édifier un environnement lumineux, thérapeutique et humain, force est de constater que, dès lors qu'on y met les pieds, on se sent instinctivement dans un établissement carcéral et non dans un établissement de santé et de services sociaux.

Encore faut-il finir par arriver à ce lieu reculé, à l'écart de tout, à l'extrémité Est de l'île de Montréal, campé dans un secteur industriel de l'arrondissement Rivière-des-Prairies-Pointe-aux-Trembles²⁷⁷, entre les raffineries et les usines et avoisinant l'établissement de détention Rivière-des-Prairies²⁷⁸. C'est en effet au 10905, boulevard Henri-Bourassa Est, à Montréal, que l'INPLPP est localisé. À distance de marche, un seul commerce est accessible et constitue un lieu de prédilection pour les sorties autorisées des patients de l'INPLPP : un restaurant Tim Horton²⁷⁹. Cette situation géographique constitue une première représentation de l'isolement vécu par les patients, isolement qui, selon Goffman, constitue un procédé de mortification de la personnalité des reclus, utilisé par les institutions totalitaires en interposant une barrière entre les reclus et le monde extérieur²⁸⁰.

À l'instar d'une prison, ne peut entrer à l'INPLPP qui le veut bien. Dès l'arrivée, on doit se présenter à ce qui est appelé le « contrôle central », afin de s'identifier, et l'accès aux lieux ne sera autorisé que si préalablement accepté. Le rôle de ce contrôle central est « [e]n plus d'assurer la sécurité du périmètre de l'hôpital (...) [de gérer] toutes les interfaces des patients avec l'extérieur »²⁸¹. À l'intérieur, l'INPLPP est divisée en deux sections : la section dite administrative à laquelle les patients n'ont pas accès et la section dite clinique ou sécuritaire où se trouve l'ensemble des quinze unités de soins, l'une d'elles étant

²⁷⁷ Rivière-des-Prairies-Pointe-aux-Trembles constitue l'un des dix-neuf arrondissements de la Ville de Montréal, en ligne : <<https://habitermontreal.com/habiter-riviere-des-prairies-pointe-aux-trembles>> (consulté le 29 juillet 2019).

²⁷⁸ L'établissement de détention Rivière-des-Prairies est un établissement de détention provincial, en ligne <<https://www.securitepublique.gouv.qc.ca/services-correctionnels/bottins/etablissements-de-detention.html>> (consulté le 29 juillet 2019).

²⁷⁹ Tim Hortons est une chaîne de restauration rapide où sont servis principalement café, beignes et autres repas rapides, en ligne : <<https://www.timhortons.com/ca/fr/corporate/our-story.php>> (consulté le 29 juillet 2019).

²⁸⁰ E. GOFFMAN, préc., note 26, p. 56 et 57.

²⁸¹ D. POULIOT et F. MILLAUD, préc., note 69, p. 84.

présentement fermée²⁸². Il s'agit plutôt de quatorze unités accueillant des patients. Afin de se rendre de la section administrative à la section clinique, un ensemble de portes régulées par le contrôle central et un lourd tourniquet nécessitant une carte d'accès pour être activé doivent être traversés.

Au milieu de la section clinique se trouve une sorte de tour de contrôle, le « Centre de prévention des urgences », se situant à la jonction de tous les longs corridors menant aux unités de soins ; cette architecture peut rappeler les « ailes » dans les prisons. Des intervenants spécialisés en pacification et en sécurité attendent dans ce mirador, à l'affût des appels des unités, qui pourraient les interpeller lors d'incidents ou de situations nécessitant des interventions sécuritaires.

L'ensemble des unités de soins, mises à part les unités d'expertise, sont construites selon le même modèle. Une autre forme de mirador s'y retrouve ; on l'appelle la « console » dans le jargon de l'institution. Cette boîte vitrée dont l'accès est interdit aux patients agit comme local d'observation, puisqu'entièrement vitrée et offrant une vue sur l'ensemble des salles communes de l'unité et sur le corridor des chambres. Il s'agit également du local réservé au personnel soignant, afin qu'il puisse discuter des cas, colliger des notes aux dossiers et élaborer des interventions cliniques. Une personne, dite « commis », se trouve dans la console, aux commandes d'un véritable tableau de bord comportant des dizaines de boutons, qui permettent essentiellement l'ouverture des différentes portes au sein de l'unité et de celles menant à l'extérieur de celle-ci.

Cette console a certains points en commun avec le principe panoptique, derrière certaines architectures carcérales, auquel s'est intéressé Foucault. Même si ce commis à l'intérieur de la console n'est possiblement pas en constante surveillance d'un patient, celui-ci se sait surveillé et peut se sentir ainsi contrôlé. Selon ce type architectural panoptique, le gardien peut tout voir et le détenu peut être vu en tout temps. Foucault considère qu'il s'agit là d'une technique d'observation au service de la discipline et du contrôle social :

²⁸² Le 28 juillet 2015, l'INPLPP annonce, par voie de communiqué de presse, la fermeture définitive de l'unité de soins H-2 qui sera effective en date du 14 août 2015, et ce en raison du fait que le tableau clinique que présente la clientèle hospitalisée dans cette unité ne requiert pas le milieu sécuritaire de l'INPLPP, dit de « 3^e ligne » donc doit être référée vers un hôpital de 2^e ligne. Par cette décision, l'INPLPP recentre son offre de service vers une clientèle qui, de par sa dangerosité, requiert un tel milieu sécuritaire, en ligne : <<https://pinel.qc.ca/News.aspx?NavID=6182&CultureCode=fr-ca>> (consulté le 7 juin 2019).

« De là, l'effet majeur du Panoptique : induire chez le détenu un état conscient et permanent de visibilité qui assure le fonctionnement automatique du pouvoir. Faire que la surveillance soit permanente dans ses effets, même si elle est discontinuée dans son action; que la perfection du pouvoir tende à rendre inutile l'actualité de son exercice; que cet appareil architectural soit une machine à créer et à soutenir un rapport de pouvoir indépendant de celui qui l'exerce; bref que les détenus soient pris dans une situation de pouvoir dont ils sont eux-mêmes les porteurs. Pour cela, c'est à la fois trop et trop peu que le prisonnier soit sans cesse observé par un surveillant : trop peu, car l'essentiel c'est qu'il se sache surveillé; trop, parce qu'il n'a pas besoin de l'être effectivement. »²⁸³

Dans l'unité, on retrouve une salle de séjour très éclairée, avec de nombreuses fenêtres menant sur l'extérieur, une salle de télévision et une cuisinette. Les chambres des patients se situent dans un long couloir et sont dispersées des deux côtés de celui-ci. Chaque porte de chambre se verrouille automatiquement lorsque fermée et est pourvue d'une petite fenêtre munie d'un rideau du côté extérieur de la chambre, qui n'est donc pas sous contrôle du patient, mais de celui du personnel.

Les chambres sont pour la plupart à occupation simple ; un seul patient y séjourne. Elles sont rudimentaires. Un lit sécuritaire métallique, fixé au sol de manière à ce qu'il ne puisse être déplacé, constitue l'élément central de la chambre. Une armoire permettant de disposer quelques effets personnels permis se trouve au mur. Une toilette et un lavabo se trouvent au sein même de la chambre.

Cette description voulait dépeindre la configuration des lieux, afin de démontrer que, bien que les références au domaine hospitalier ne soient pas complètement absentes, l'isolement et l'architecture carcérale dominant. Évidemment, le contexte et l'époque dans lesquels ces édifices ont été conçus apportent éclairage quant à cet état des lieux, mais il n'en demeure pas moins que ces considérants datent justement d'il y a une cinquantaine d'années. À cet effet, un rapport d'enquête du Collège des médecins produit en 2016 aurait, en plus de rappeler que l'INPLPP est un hôpital et non une prison, déploré la vétusté des installations, qui se doivent d'être modernisées, et constaté que la construction de l'INPLPP ressemble à celle d'un milieu carcéral, ce qui devrait être modifié²⁸⁴.

²⁸³ M. FOUCAULT, préc., note 24, p. 202-203.

²⁸⁴ A. Lacoursière ET G. Duchaine, préc., note 14.

1.2.8 Le budget

Un survol de la provenance des revenus perçus par l'INPLPP, afin d'articuler son offre de services, est éloquent eu égard au postulat selon lequel l'INPLPP est un établissement de santé et de services sociaux.

En effet, les sources de revenus au budget 2019-2020²⁸⁵ sont projetées ainsi :

- 90,7 % des revenus proviennent du MSSS ;
- 6,3 % des revenus proviennent de Service correctionnel Canada et ces sommes sont dédiées exclusivement à l'unité sur laquelle sont accueillies des femmes purgeant une sentence fédérale provenant de tous les pénitenciers canadiens où séjournent des femmes ;
- 0,8 % des revenus proviennent de la vente de services et de recouvrements ;
- 0,6 % des revenus proviennent des contributions des usagers²⁸⁶ ;
- 0,5 % des revenus proviennent de « revenus de type commercial » ;
- 1 % des revenus proviennent de sources dites « autres »²⁸⁷.

Plusieurs éléments sont frappants à la lecture de cette énumération de la provenance des ressources financières dont dispose l'INPLPP, à commencer par le fait que près de 91 % des revenus sont octroyés par le MSSS, ce qui constitue une démonstration assez convaincante du fait que l'INPLPP est un établissement de santé et de services sociaux. Cette part imposante du budget de l'INPLPP est allouée par le ministre de la Santé et des Services sociaux²⁸⁸, qui procède à la répartition interrégionale des ressources nécessaires au financement du système de santé et de services sociaux en fonction des populations à desservir et de leurs caractéristiques socio-sanitaires²⁸⁹. Il ne fait donc aucun doute, et ceci cadre avec le fait qu'un permis lui a été délivré en vertu de la LSSSS²⁹⁰, que l'INPLPP soit considéré, aux yeux du ministre de la Santé et des Services sociaux, comme étant un établissement appartenant au système de santé et de services

²⁸⁵ Ces données ont été fournies par le Service des ressources financières de l'INPLPP en date des 10 et 15 juillet 2019.

²⁸⁶ Les adultes hébergés dans une installation maintenue par un établissement de santé et de services sociaux doivent verser une contribution pour leur hébergement, selon certaines variables, tel que prévu au *Règlement sur la contribution des usagers des établissements de santé et de services sociaux*, RLRQ, c. S-4.2, r. 6., règlement adopté en vertu des articles 512 et 514 LSSSS

²⁸⁷ *Id.* ; le détail de ces revenus « autres » est décrit ainsi : honoraires des médecins facturés à Service correctionnel Canada pour les actes médicaux non remboursés par la Régie de l'assurance maladie du Québec pour la clientèle de l'unité des femmes purgeant une sentence fédérale, revenus provenant des activités accessoires de recherche et autres.

²⁸⁸ LMOGRSSS, art. 71, par. 3.

²⁸⁹ LSSSS, art. 463, al. 1.

²⁹⁰ LSSSS, art. 437, al. 1.

sociaux et qu'il participe au maintien et à l'amélioration de la capacité physique, psychique et sociale²⁹¹ de la population québécoise, puisque c'est le fondement sur lequel repose l'octroi du budget.

De plus, un règlement découlant de la LSSSS, soit le *Règlement sur la contribution des usagers des établissements de santé et de services sociaux*, est appliqué à l'INPLPP et les patients ayant le statut d'adulte hébergé, conformément à cette réglementation, sont appelés à déboursier un montant pour leur hébergement à l'intérieur de l'établissement. Ceci ne peut que corroborer qu'on ait affaire à un établissement tel que défini par la LSSSS²⁹².

Le montant mis à disposition de l'INPLPP par Service correctionnel Canada constitue son unique source de revenus, qui émane d'une entité connexe au milieu carcéral. En effet, aucun montant quelconque n'est concédé à l'INPLPP par le ministère de la Sécurité publique ; c'est là une dissociation claire entre l'INPLPP et les services correctionnels. Quant à l'apport de Service correctionnel Canada qui est d'environ 6 %, celui-ci est par ailleurs négligeable par rapport à celui émanant du MSSS. De plus, ce montant est alloué pour une clientèle spécifique qui, à défaut d'être à l'INPLPP, est détenue dans un pénitencier. C'est donc en quelque sorte un service que rend l'INPLPP à Service correctionnel Canada, service pour lequel l'INPLPP est rémunéré. En raison du fait que les problèmes de santé mentale de certaines détenues dépassent l'offre de services, qui peut être offerte à ce titre par Service correctionnel Canada, ce dernier requiert ceux de l'INPLPP qui est plus qualifié en termes de traitements en psychiatrie. Service correctionnel Canada oriente des détenues souffrantes vers l'INPLPP pour son expertise en psychiatrie, parce que c'est un lieu qui, contrairement aux pénitenciers, est davantage en mesure de soigner celles-ci. C'est donc un lieu qui se qualifie davantage d'établissement hospitalier. Toutefois, il faut concéder que l'admission de cette clientèle purement carcérale est unique au sein du réseau de la santé et des services sociaux québécois et démontre que l'INPLPP cumule et assume alors réellement les fonctions propres au directeur du pénitencier à l'égard de cette clientèle. Par ailleurs, il convient de préciser que cette clientèle est admise à l'INPLPP en fonction de critères cliniques et non en raison de son statut légal.

D'autre part, il est paradoxal de constater que les objectifs d'expertise réalisés par l'INPLPP à la demande des tribunaux soient supportés quasi exclusivement par le MSSS et non par le ministère de la Justice et le ministère de la Sécurité publique québécois puisque, tel qu'abordé précédemment, ces services ne sont

²⁹¹ *Id.*, art. 1, al. 1.

²⁹² *Id.*, art. 94.

pas réalisés dans une quelconque visée thérapeutique, mais simplement afin d'éclairer le système de justice sur des questions en lien avec l'état mental d'un accusé. Il est à se demander sous quel prétexte le MSSS peut financer certaines activités, qui ne répondent ni à des visées soutenues par le réseau de la santé et des services sociaux²⁹³, ni à la mission de l'un des centres prévus à la LSSSS²⁹⁴.

Cette logique se transpose *a fortiori*, lorsqu'on constate que la rémunération des psychiatres, qui réalisent une évaluation de l'état mental d'un accusé, dans le cadre d'une ordonnance rendue en vue de déterminer l'aptitude ou la responsabilité criminelle, est assumée par la Régie de l'assurance maladie du Québec²⁹⁵. Pourtant, celle-ci a comme mission d'« assure[r] une saine gestion du régime public d'assurance santé du Québec »²⁹⁶ et comme vision d'être « un partenaire responsable qui contribue à la performance du système de santé québécois »²⁹⁷, ce qui ne cadre pas avec les objectifs d'une évaluation de l'état mental d'un accusé dans le contexte prévu au C.cr., lesquels n'ont aucune attache avec le système de santé québécois.

Tout compte fait, j'estime que cette exploration des origines de l'INPLPP ainsi que des différents attributs qui le constituent apporte un éclairage particulièrement éloquent dans le cadre de cet exercice de détermination du statut de l'établissement. En effet, l'histoire de l'INPLPP permet de saisir la provenance de la dualité des composantes carcérales et hospitalières qui le caractérisent, mais également de reconnaître que sa naissance se voulait le signe de l'amorce d'un virage de la prison vers l'hôpital. Quant aux éléments distinctifs qui composent l'INPLPP dans sa forme actuelle, bien que certaines contradictions survivent toujours, on décèle la prédominance d'un dessein hospitalier au détriment d'un dessein carcéral.

Gardant en tête cette analyse exploratoire de l'INPLPP, il m'apparaît maintenant pertinent de m'attarder à l'une des pratiques significatives, quant à mon propos, et qui s'apparente au monde carcéral, afin de la situer dans un cadre hospitalier et de déceler les atteintes possibles aux droits des patients qui en

²⁹³ LSSSS, art. 1.

²⁹⁴ *Id.*, art. 79 et suiv.

²⁹⁵ *Accord concernant le programme de rémunération des médecins effectuant une évaluation de l'état mental d'un accusé à la suite d'une ordonnance d'un Tribunal du Québec*, Gazette officielle du Québec, Partie 2, 3 mars 2010, 142^e année, n°9, p. 904 et 905, en ligne :

<<https://www.ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/professionnels/facturation/accord-evaluation-mentale-accuse.pdf>> (consulté le 29 mars 2020).

²⁹⁶ Site Internet de la Régie de l'assurance maladie du Québec, « Mission », en ligne : <<https://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/regie/Pages/mission.aspx>> (consulté le 29 mars 2020).

²⁹⁷ *Id.*

découlent. La pratique examinée qui a cours à l'INPLPP, soit le verrouillage systématique des portes de chambres des patients la nuit, met en lumière des oppositions entre diverses considérations, mais confirme l'importance de considérer l'INPLPP comme étant un établissement de santé et de services sociaux.

2. L'ANALYSE D'UNE PRATIQUE PROPRE À L'ÉTABLISSEMENT

Bien que de nombreuses pratiques aient pu être abordées, puisque comportant leur lot d'ambiguïté en raison de leur affinité avec les pratiques revêtant un caractère de nature carcérale, le verrouillage automatique des portes de chambres de patients la nuit est ciblé ici à titre de contrainte à plusieurs de leurs droits. Cette pratique s'inscrit mal dans un environnement qui se veut hospitalier, en ce qu'elle emprunte davantage aux usages du milieu correctionnel. De plus, certains acteurs, dont le Protecteur du citoyen, se sont attardés à la légalité de cette pratique particulière en place à l'INPLPP, ce qui amène un éclairage intéressant quant à la qualification juridique de l'établissement.

C'est ainsi qu'est dépeinte, dans un premier temps, la pratique actuellement appliquée par l'INPLPP quant au verrouillage systématique des portes des chambres de patients à toutes les nuits et la façon dont est perçue cette méthode par l'établissement et par le MSSS. Par la suite, les dispositions légales ainsi que les orientations ministérielles concernant le recours au concept d'isolement en établissement de santé et de services sociaux sont exposées, afin de démontrer que la pratique implantée à l'INPLPP s'apparente, d'un point de vue légal, à une mesure de contrôle, soit une entrave à la liberté de mouvement²⁹⁸, à laquelle on ne devrait pourtant avoir recours qu'ultimement, de façon minimale et exceptionnelle, dans le but d'assurer la sécurité de la personne ou celle d'autrui²⁹⁹. Les procédures carcérales sont, du même coup, mises en relief, afin de constater la grande proximité de cette pratique du verrouillage systématique des portes la nuit avec le monde correctionnel.

²⁹⁸ MSSS, *Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques* », Direction des communications du ministère de la Santé et des services sociaux, Québec, 2002, p. 9.

²⁹⁹ *Id.*, p. 14.

2.1 La description de la pratique

Depuis la fin de la période asilaire, on s'efforce de définir la maladie mentale comme étant une maladie comme les autres, faisant référence aux maladies physiques. Or, dans les faits, les écarts qui distinguent la maladie mentale des autres maladies sont nombreux, la maladie mentale étant plutôt une « entité frontière chevauchant à la fois la maladie et la déviance »³⁰⁰. La pratique à laquelle on a recours à l'INPLPP, qui sera décrite dans les prochaines lignes, constitue une illustration de ce contraste. De fait, comment réagirait un patient cancéreux hospitalisé, si l'on venait, systématiquement tous les soirs, l'enfermer à clé dans sa chambre d'hôpital et qu'il y était donc séquestré pour toute la durée de la nuit, de même que l'ensemble des patients séjournant dans l'hôpital ? Cette situation serait, sans aucun doute, inadmissible et dénoncée, à bon droit, par les patients et leurs proches. L'hôpital serait bien mal avisé de venir défendre une telle pratique à l'endroit des patients atteints d'un cancer ou d'une autre pathologie physique. Pourtant, cette situation est vécue tous les jours à l'INPLPP par l'ensemble des patients hospitalisés à l'INPLPP, sans égard au danger qu'ils pourraient représenter, et ce depuis au moins l'année 1990³⁰¹.

Une directive intitulée « Ouverture et fermeture des portes de chambre des patients »³⁰² est, en effet, en vigueur depuis le 16 octobre 1990 à l'INPLPP. L'énoncé de directive, ayant fait l'objet d'une dernière approbation par le comité de direction de l'établissement en date du 5 mars 2019, prévoit ce qui suit :

« Les heures d'ouverture et de fermeture des portes de chambre des patients sont paramétrées de la façon suivante :

- L'ouverture des portes a lieu au plus tard à 8h00;
- La fermeture des portes a lieu au plus tôt à 23h00.

Pour des motifs justifiés (les besoins du service) par les coordonnateurs ou leurs assistants, selon le cas à la Direction des soins infirmiers et services multidisciplinaires, un délai de quinze (15) minutes est accordé le matin et à l'heure du coucher. Toute dérogation à ces directives devra être entérinée par le gestionnaire en responsabilité, pour des motifs sérieux le justifiant, et devra faire l'objet d'un rapport écrit au Comité de direction de l'Institut.

³⁰⁰ Henri DORVIL, « La maladie mentale comme problème social », (1990) *Revue Service social*, 39 (2), p. 45-49, en ligne : <<https://www.erudit.org/fr/revues/ss/1990-v39-n2-ss3504/706476ar.pdf>> (consulté le 8 août 2019) : Dorvil énumère une série de distinctions entre la maladie mentale et la maladie physique, concluant que « la maladie mentale n'est pas une maladie comme les autres ».

³⁰¹ Information tirée de la Directive « Ouverture et fermeture des portes de chambre des patients » de l'INPLPP, dont copie a été obtenue en date du 9 août 2019 par le biais d'une demande d'accès à l'information adressée au responsable de l'accès à l'information de l'INPLPP.

³⁰² *Id.*

Toute contravention à cette directive pourra faire l'objet de mesures disciplinaires »³⁰³.

On comprend donc que, par l'application de cette directive, tous les patients hospitalisés à l'INPLPP sont, de façon systématique, enfermés dans leur chambre tous les jours, à compter de 23h00 au plus tard, et ce jusqu'au lendemain matin à 8h00. Pourtant, aucun scandale à cet effet n'a éclaté, si ce n'est que d'une intervention effectuée par le Protecteur du citoyen³⁰⁴, à laquelle je m'attarderai dans la prochaine sous-section, qui n'a pas fait de vagues et qui ne semble visiblement pas avoir eu d'impacts. C'est donc dire que cette méthode apparaît acceptable à l'égard de patients souffrant de problèmes de santé mentale hospitalisés à l'INPLPP, alors qu'elle serait assurément condamnée dans un hôpital de soins généraux.

Il faut mentionner que, en contexte carcéral, une telle pratique se voit tout à fait justifiée et acceptable dans la conscience populaire. En ce sens, le ministère de la Sécurité publique du Québec partage, sur son site Internet, dans la section portant sur le « régime de vie » dans un établissement de détention au Québec, un exemple d'horaire en établissement de détention, qui prévoit que l'ouverture des cellules se fait à 7h00 et que le coucher et la fermeture des cellules ont lieu à 22h30³⁰⁵. Ainsi, on peut intuitivement faire un parallèle entre la population carcérale et celle de l'INPLPP au niveau de l'acceptabilité de cette pratique. La privation de liberté et d'autonomie est pourtant typique du concept de « peine » purgée en milieu carcéral, tel que Foucault l'a décrit : « Le corps, selon cette pénalité, est pris dans un système de contrainte et de privation, d'obligations et d'interdits. (...) Le châtiment est passé d'un art des sensations insupportables à une économie des droits suspendus »³⁰⁶. Or, la population de l'INPLPP ne s'y retrouve pas dans l'objectif de subir une « peine », mais bien dans celui de recevoir des soins et services thérapeutiques.

Du point de vue du MSSS, il semble que la justification s'appuyant sur la gestion des risques légitime la pratique du verrouillage des portes la nuit. En effet, la directive de l'INPLPP précise à cet effet que l'un de ses objectifs est de « [r]especter l'entente avec le MSSS concernant le verrouillage des portes des patients

³⁰³ *Id.*

³⁰⁴ PROTECTEUR DU CITOYEN, « Intervention à l'Institut Philippe-Pinel de Montréal – Verrouillage de la porte des chambres des usagers la nuit », en ligne < https://protecteurducitoyen.qc.ca/sites/default/files/pdf/rapports_d_intervention/2016-06-27-institut-pinel.pdf>, consulté le 23 août 2019.

³⁰⁵ Information figurant sur le site Internet du Ministère de la sécurité publique du Québec, en ligne < <https://www.securitepublique.gouv.qc.ca/services-correctionnels/milieu-carceral/personnes-incarcerees/regime-vie.html>>, consulté le 20 août 2019.

³⁰⁶ M. FOUCAULT, préc., note 24, p. 16.

de nuit »³⁰⁷ et que l'un de ses fondements est que « [l]e ministère de la santé et des services sociaux (MSSS), par l'intermédiaire de son sous-ministre, a octroyé à l'Institut le droit de garder verrouillées les portes de chambre des patients la nuit »³⁰⁸. L'INPLPP affirme donc, par ces énoncés dans sa directive, que le MSSS cautionne cette pratique. L'approbation du MSSS à cet égard est, de fait, confirmé par une lettre datée du 16 novembre 2016, adressée au Protecteur du citoyen, à laquelle la Docteure Renée Fugère, présidente-directrice générale de l'INPLPP, figure en copie conforme. Cette lettre est rédigée par le sous-ministre du MSSS, monsieur Michel Fontaine³⁰⁹. Cet écrit du sous-ministre du MSSS qualifie la pratique de verrouiller les portes de chambre des patients de l'INPLPP de « mesure de sécurité »³¹⁰.

Ceci étant, convenant que cette pratique peut porter atteinte à la liberté des personnes séjournant à l'INPLPP, le sous-ministre argue que celle-ci est justifiée par la nécessité de protéger leur vie, leur sûreté et leur intégrité ainsi que celles des membres du personnel³¹¹. Le sous-ministre s'appuie sur le fait que, peu importe que les patients soient détenus en vertu d'une disposition du C.cr. ou non, ceux-ci ont tous un point en commun, soit celui de présenter un haut potentiel de dangerosité³¹². La reproduction intégrale du raisonnement du sous-ministre s'avère intéressante :

« Les personnes qui y sont détenues [à l'INPLPP] le sont à la suite d'une ordonnance du tribunal prononcée en vertu du Code criminel. Lorsque l'Institut accueille cette clientèle, elle l'accueille à titre de lieu de garde désigné en vertu du Code criminel. Même si ces individus ne sont pas détenus en milieu carcéral en raison des soins psychiatriques particuliers dont ils doivent bénéficier, il n'en demeure pas moins que ceux-ci sont détenus en raison même du danger qu'ils peuvent représenter pour le public. Ils ont commis ou potentiellement commis des actes criminels. Le verrouillage systématique des portes la nuit constitue une mesure privative de liberté tout comme la présence de gardiens de sécurité durant le jour; ces mesures de sécurité sont justifiées par la nécessité d'assurer non seulement la sécurité du personnel, mais également la sécurité des détenus eux-mêmes.

Les personnes hébergées de leur plein gré à l'Institut ou gardées en vertu d'une ordonnance de garde en établissement présentent également toutes un haut potentiel de dangerosité en raison de leur état mental. Il faut savoir que l'Institut est parmi l'ensemble des établissements qui hébergent ou gardent des personnes en vue de leur fournir des soins psychiatriques, celui qui accueille la clientèle qui représente le plus haut potentiel de dangerosité. De fait, ces cas sont toujours référés à l'Institut en raison de l'expertise particulière qui s'y est développée et

³⁰⁷ Directive « Ouverture et fermeture des portes de chambre des patients » de l'INPLPP, préc., note 300.

³⁰⁸ *Id.*

³⁰⁹ Lettre dont copie a été obtenue en date du 9 août 2019 par le biais d'une demande d'accès à l'information adressée au responsable de l'accès à l'information de l'INPLPP.

³¹⁰ *Id.*

³¹¹ *Id.*

³¹² *Id.*

de sa capacité à fournir des soins psychiatriques à cette clientèle spécifique. Pour cette raison, la mesure de sécurité qui consiste à verrouiller les portes la nuit est justifiée par la nécessité de protéger non seulement la sécurité du personnel, mais également la sécurité des personnes qui y sont hébergées ou gardées »³¹³.
(Mes soulignements)

Le MSSS indique donc, dans un premier temps, que, dans un contexte où, en vertu du C.cr., l'INPLPP agit comme « lieu de garde », il est légitime d'avoir recours à la pratique puisque ces patients seraient détenus en milieu carcéral, s'ils n'avaient pas besoin des soins psychiatriques qu'ils doivent recevoir à l'INPLPP. Cette logique devrait être tout aussi applicable par rapport aux nombreux autres établissements de santé et de services sociaux du Québec désignés en vertu de l'arrêté ministériel désignant les lieux de garde, du traitement et d'évaluation d'un accusé ou d'un adolescent³¹⁴. Pourtant, un tel raisonnement n'est pas retenu, à ma connaissance, ailleurs qu'à l'INPLPP dans le réseau de la santé et des services sociaux. Cet argument du MSSS est ainsi difficilement soutenable.

Le deuxième fondement justifiant la pratique évoquée par le MSSS vise à englober le cas des personnes séjournant à l'INPLPP de leur propre gré, n'étant donc pas « détenues ». À l'égard de celles-ci, le MSSS persiste à juger le verrouillage des portes de chambres la nuit comme étant essentiel, en raison du potentiel de dangerosité important que ces personnes présentent nécessairement, puisqu'elles séjournent dans cet établissement particulier qu'est l'INPLPP. Selon cette logique portée par le MSSS, toute personne hospitalisée à l'INPLPP présenterait, de façon permanente et systématique, sans besoin d'évaluation clinique en ce sens, un haut potentiel de dangerosité tous les jours entre 23h00 et 8h00. Or, étrangement, entre 8h01 et 22h59, cette charge dangereuse, qui caractérise tous les patients de l'INPLPP, serait gérable. Un enjeu de financement doit nécessairement se camoufler derrière cette façon de faire ainsi justifiée par le MSSS.

Ainsi, même en faisant abstraction du volet légal applicable, le verrouillage systématique des portes de chambres de patients la nuit constitue une pratique ancrée dans une vision carcérale de la gestion d'une population. Elle n'est appuyée sur aucun motif médical et se dissimule sous des considérations dites « sécuritaires », non validées de façon individuelle par une évaluation clinique. Elle contribue à maintenir

³¹³ *Id.*

³¹⁴ Arrêté ministériel concernant la désignation des lieux en vue de la garde, du traitement ou de l'évaluation d'un accusé ou d'un adolescent en application du Code criminel ou de la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents, préc., note 191.

l'INPLPP dans le terrain carcéral et à l'éloigner de sa vocation hospitalière. Il convient maintenant de s'attarder au cadre légal qui peut apporter un éclairage quant à la légitimité de la pratique.

2.2 L'évaluation de la pratique

Cette pratique du verrouillage automatique des portes des patients la nuit constitue une norme pouvant répondre à une forme de dépersonnalisation qui constitue, pour Goffman, une des conditions auxquelles les reclus doivent s'adapter au sein d'une institution totalitaire. De fait, on peut y voir là une règle correspondant à de « l'embrigadement »³¹⁵, soit « une action synchronisée de tous les co-reclus »³¹⁶. Alors qu'une personne jouit normalement d'une liberté d'action plutôt vaste, sans contraintes autoritaires autres que les normes sociales acceptées, la vie en institution totalitaire vient bouleverser cette possibilité de déterminer par soi-même l'horaire de ses activités quotidiennes³¹⁷.

À l'INPLPP, les patients n'ont ainsi pas cette possibilité de choisir l'heure à laquelle ils se rendent à leur chambre pour se préparer pour le coucher ni celle de sortir de leur chambre au moment où ils ne désirent plus y être. Leur « plan d'activité personnel »³¹⁸ peut ainsi se voir brisé par cette imposition d'être forcés à demeurer à leur chambre entre 23h00 et 8h00. Il s'agit tout autant d'une « perte de l'autonomie »³¹⁹, un point général caractérisant les institutions totalitaires selon Goffman, celui-ci affirmant que « les institutions totalitaires suspendent ou dénaturent ces actes mêmes dont la fonction dans la vie normale est de permettre à l'agent d'affirmer, à ses propres yeux et à la face des autres, qu'il détient une certaine maîtrise sur son milieu, qu'il est une personne adulte douée d'indépendance, d'autonomie et de liberté d'action »³²⁰.

Les patients de l'INPLPP n'ont ainsi aucune emprise, quant à cet horaire imposé, qui est mis en lumière par l'application de cette directive. Ils vivent ainsi une perte d'autonomie, en raison de leur hospitalisation à l'INPLPP. Il s'agit donc d'une règle, parmi tant d'autres, qui illustre que la réclusion vécue par les patients à l'INPLPP peut être calquée sur le modèle d'institution totalitaire exploré par Goffman, ce qui ne pourrait probablement pas être aussi évident dans le cas d'hôpitaux dits « généraux ».

³¹⁵ E. GOFFMAN, préc., note 26, p. 81 à 86.

³¹⁶ *Id.*, p. 85.

³¹⁷ *Id.*, p. 81.

³¹⁸ *Id.*, p. 81.

³¹⁹ *Id.*, p. 87.

³²⁰ *Id.*

L'appréciation de cette pratique permet de faire un parallèle avec certains types d'institutions totalitaires, puisque Goffman remarque que les usages favorisant la dégradation de la personnalité auxquels sont assujettis les reclus sont généralement légitimés en vertu de divers prétextes :

« [...] les mortifications sont officiellement rationalisées en fonction d'autres principes : l'hygiène, prétexte aux corvées de latrines ; la sauvegarde de la vie invoquée pour faire avaler de force les aliments ; l'aptitude au combat invoquée pour justifier les règlements militaires relatifs à la présentation du soldat ; la « sécurité », prétexte à l'établissement des réglementations coercitives des prisons »³²¹ (mon soulignement).

La légitimation de pratiques s'appuyant sur des motifs liés à la sécurité, comme tel est le cas de cette directive de l'INPLPP, semble avoir été notée par Goffman dans un contexte de réglementation carcérale. Le confinement des patients de l'INPLPP à leur chambre de 23h00 à 8h00 comme « mesure de sécurité »³²² apparaît s'éloigner d'une mission hospitalière et se rallier plutôt à une mentalité carcérale.

La pratique du verrouillage automatique la nuit des portes de chambre des patients de l'INPLPP constitue donc une règle cadrant avec les attributs d'une institution totalitaire définie par Goffman. D'un point de vue légal, elle apparaît s'apparenter à une mesure de contrôle d'isolement. L'examen de l'encadrement légal, prévu à la LSSSS, régissant le recours aux mesures de contrôle au sein des établissements de santé et des services sociaux milite en faveur de ce raisonnement. C'est ainsi qu'il faut voir, à la lumière de ces constats, ce qui justifie le recours à une telle pratique qui est discutable dans un contexte hospitalier.

2.2.1 Les mesures de contrôle prévues à la LSSSS

Le régime légal prévu en cette matière se trouve à l'article 118.1 de la LSSSS :

« La force, l'isolement, tout moyen mécanique ou toute substance chimique ne peuvent être utilisés, comme mesure de contrôle d'une personne dans une installation maintenue par un établissement, que pour l'empêcher de s'infliger ou d'infliger à autrui des lésions. L'utilisation d'une telle mesure doit être minimale et exceptionnelle et doit tenir compte de l'état physique et mental de la personne.

³²¹ *Id.*, p. 90.

³²² Lettre du MSSS, préc., note 308.

Lorsqu'une mesure visée au premier alinéa est prise à l'égard d'une personne, elle doit faire l'objet d'une mention détaillée dans son dossier. Doivent notamment y être consignées une description des moyens utilisés, la période pendant laquelle ils ont été utilisés et une description du comportement qui a motivé la prise ou le maintien de cette mesure.

Tout établissement doit adopter un protocole d'application de ces mesures en tenant compte des orientations ministérielles, le diffuser auprès de ses usagers et procéder à une évaluation annuelle de l'application de ces mesures. »

(Mes soulignements)

On constate donc que la LSSSS permet aux établissements de recourir à l'utilisation de mesures de contrôle - mesures visant à entraver la liberté de mouvement - dans un contexte extrêmement balisé, qui doit demeurer exceptionnel. L'encadrement strict du recours à de telles mesures s'explique par le fait qu'elles portent atteinte aux droits fondamentaux que sont la liberté et l'intégrité, que des risques sont liés à leur usage et qu'un débat persiste au niveau scientifique, quant à leur utilité réelle³²³.

L'INPLPP a élaboré, conformément au troisième alinéa de l'article 118.1 LSSSS, un tel protocole. Ce protocole a été approuvé par le Conseil d'administration de l'établissement en date du 14 juin 2019 et s'intitule « Politique sur l'encadrement de l'application des mesures de contrôle à l'Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel »³²⁴ (ci-après « Politique sur les mesures de contrôle de l'INPLPP »). Par l'adoption de cette politique correspondant au protocole visé au troisième alinéa de l'article 118.1 LSSSS, l'INPLPP conçoit effectivement être visé par la disposition de la LSSSS encadrant les mesures de contrôle³²⁵. D'ailleurs, le préambule de la Politique sur les mesures de contrôle de l'INPLPP³²⁶ prévoit spécifiquement que « [l]'élaboration de la politique se veut le reflet de l'engagement de l'Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel (...) envers le respect de l'article 118.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux », tout en précisant « mais en conformité avec d'autres lois provinciales et fédérales, dont nous devons aussi respecter les modalités, étant donné notre unicité »³²⁷. On y voit, à nouveau, une insistance

³²³ Emmanuelle Bernheim et Maxine Visotzky-Charlebois, « Mesures de contrôle : isolement, contentions et substances chimiques » (2014) dans A.-M. Savard et M. Bourassa-Forcier, *Droit et politiques de la santé*, LexisNexis Canada, Montréal, 2014, chapitre 23, par. 3.

³²⁴ Politique sur l'encadrement de l'application des mesures de contrôle à l'Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel, dont copie a été obtenue en date du 9 août 2019 par le biais d'une demande d'accès à l'information adressée au responsable de l'accès à l'information de l'INPLPP.

³²⁵ LSSSS, art. 118.1.

³²⁶ Politique sur l'encadrement de l'application des mesures de contrôle à l'Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel, préc., note 323.

³²⁷ Ces autres lois provinciales et fédérales auxquelles la Politique sur les mesures de contrôle de l'INPLPP fait référence sont, entre autres : *Loi sur la santé et la sécurité du travail*, RLRQ, c. S-2.1; LSCQ; *Règlement d'application*

de l'établissement à se caractériser comme étant singulière et unique, comme si l'on conçoit qu'on doive répondre aux obligations auxquelles sont assujettis les établissements de santé et de services sociaux, mais avec une certaine nuance.

Parmi les particularités mises de l'avant dans la Politique sur les mesures de contrôle de l'INPLPP³²⁸, on réfère à la lettre émanant du sous-ministre du MSSS, qui légitime la pratique du verrouillage des portes de chambres des patients la nuit³²⁹ : « [le MSSS] conçoit que l'Institut garde d'emblée les portes de chambre des usagers verrouillées durant la nuit »³³⁰. La Politique énonce expressément son caractère distinctif, qui semble être utilisé comme justification : « [à] l'[INPLPP], nous devons tenir compte que le risque assumé par le personnel clinique dans les unités de soins est beaucoup plus grand que celui que doit assumer ce même personnel dans un milieu moins encadré »³³¹. On semble ainsi défendre certains usages en lien avec le fait que l'INPLPP soit un établissement « plus risqué ». Or, aucun régime légal particulier n'est créé pour l'INPLPP ; la LSSSS s'adresse, sans distinction et sans nuance, à tous les établissements de santé et de services sociaux québécois.

2.2.2 Le cadre de référence du MSSS sur les mesures de contrôle

Le MSSS a conçu un cadre de référence, s'appliquant à tous les établissements de santé et de services sociaux, pour l'élaboration des protocoles d'application des mesures de contrôle³³². Celui de l'INPLPP s'en inspire largement, mis à part quelques adaptations liées aux particularités du milieu. Dans son cadre de référence³³³, le MSSS reprend les définitions des mesures de contrôle qu'il a déjà détaillées dans des orientations ministérielles à cet effet émises en 2002³³⁴ :

de la Loi sur le système correctionnel du Québec, RLRQ, c. 40.1, r. 1; C.cr.; LSCMLSC; *Règlement sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition*, préc., note 134.

³²⁸ Politique sur l'encadrement de l'application des mesures de contrôle à l'Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel, préc., note 323.

³²⁹ Lettre du MSSS, préc., note 308.

³³⁰ Politique sur l'encadrement de l'application des mesures de contrôle à l'Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel, préc., note 323, .p. 4.

³³¹ *Id.*

³³² MSSS, *Cadre de référence pour l'élaboration des protocoles d'application des mesures de contrôle*, Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, 2015.

³³³ *Id.*

³³⁴ MSSS, *Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques*, préc., note 297.

« Contention

Mesure de contrôle qui consiste à empêcher ou à limiter la liberté de mouvement d'une personne en utilisant la force humaine, un moyen mécanique ou en la privant d'un moyen qu'elle utilise pour pallier un handicap.

Isolement

Mesure de contrôle qui consiste à confiner une personne dans un lieu, pour un temps déterminé, d'où elle ne peut sortir librement.

Substance chimique

Mesure de contrôle qui consiste à limiter la capacité d'action d'une personne en lui administrant un médicament. »

(Mon soulignement)

Les définitions des mesures de contrôle élaborées dans le cadre de référence du MSSS sont reprises intégralement par l'INPLPP dans sa Politique sur les mesures de contrôle³³⁵.

Lorsqu'on doit déterminer si une pratique doit être qualifiée de mesure de contrôle au sens de la LSSSS, le cadre de référence du MSSS spécifie ceci :

« Afin de déterminer si une intervention constitue ou non une mesure de contrôle, il convient de s'interroger sur le but visé lors de l'application d'une mesure de contrôle plutôt que sur le dispositif ou la mesure elle-même. Par exemple, il arrive qu'un équipement vise plus d'un but. Il faut donc définir chacun des buts pour déterminer s'il s'agit ou non d'une mesure de contrôle »³³⁶.

Le cadre de référence du MSSS énonce également que « [e]n aucun cas, une mesure de contrôle ne peut être utilisée pour solutionner un problème administratif ou répondre à la rareté d'intervenants ou professionnels »³³⁷, ce qui est repris dans la Politique sur les mesures de contrôle de l'INPLPP³³⁸.

Précisément, quant à l'isolement à la chambre, le cadre de référence précise ce qui suit :

³³⁵ Politique sur l'encadrement de l'application des mesures de contrôle à l'Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel, préc., note 323, p. 8.

³³⁶ MSSS, *Cadre de référence pour l'élaboration des protocoles d'application des mesures de contrôle*, préc., note 331, p. 10.

³³⁷ *Id.*, p. 3.

³³⁸ Politique sur l'encadrement de l'application des mesures de contrôle à l'Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel, préc., note 323, p. 4.

« L'isolement est considéré comme une mesure de contrôle lorsque la personne est maintenue dans sa chambre ou dans tout autre lieu utilisé à cette fin et qu'elle ne peut en sortir librement. (...) »

Ainsi, lorsqu'un dispositif (ex. : porte verrouillée ou fermée à clé, velcro, bande placée sur le plancher) est utilisé dans le but de confiner une personne dans un lieu d'où elle ne peut sortir librement, on doit considérer qu'il s'agit d'une mesure de contrôle quand ce dispositif empêche la personne de circuler librement ou qu'une surveillance étroite constante de la personne est nécessaire. De la même façon, si la personne est soumise à la volonté d'une tierce personne de façon à ne pas quitter l'espace désigné, l'isolement est une mesure de contrôle. Il est donc nécessaire d'en déclarer l'utilisation et d'en faire le suivi en effectuant une réévaluation périodique.

(...)

De la même façon, la mise en place d'un dispositif (ex. : porte verrouillée ou fermée à clé, velcro, bande placée sur le plancher) n'est pas considérée comme une mesure de contrôle si ce dispositif est utilisé à la demande de la personne dans le but de lui procurer une plus grande intimité et de prévenir l'intrusion d'autres personnes dans son espace personnel. La personne doit cependant être en mesure de sortir elle-même de ce lieu quand elle le désire ou avoir la capacité de demander l'assistance pour en sortir en recourant, par exemple, à la cloche d'appel »³³⁹.
(Mes soulèvements)

La pratique en vigueur la nuit à l'INPLPP, selon laquelle les patients sont tous enfermés à leur chambre, doit être étudiée sous la loupe du cadre de référence du MSSS sur les mesures de contrôle et des assises qui y figurent, afin d'être en mesure de la qualifier juridiquement.

2.2.3 La qualification juridique de la pratique

Les éléments figurant au cadre de référence du MSSS³⁴⁰ découlent des orientations ministérielles³⁴¹, lesquels doivent régir les pratiques des établissements de santé et de services sociaux³⁴², en matière de mesures de contrôle. Ils mettent en évidence, de façon non équivoque, que le verrouillage automatique des portes de chambre des patients la nuit répond à la définition juridique d'un isolement, lequel constitue une mesure de contrôle au sens de l'article 118.1 LSSSS.

³³⁹ MSSS, *Cadre de référence pour l'élaboration des protocoles d'application des mesures de contrôle*, préc., note 331, p. 12-13.

³⁴⁰ *Id.*

³⁴¹ MSSS, *Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques* », préc., note 297.

³⁴² LSSSS, art. 118.1, al. 3.

En effet, le fait d'être captif dans sa chambre, de 23h00 à 8h00 le lendemain, correspond, de toute évidence, au confinement d'une personne dans un lieu, pour un temps déterminé, d'où elle ne peut sortir librement³⁴³. On utilise un dispositif, soit la porte verrouillée, afin d'empêcher les patients de circuler librement dans l'unité la nuit. Le cadre de référence commandant de s'interroger sur le but visé par une intervention, afin de déterminer s'il s'agit ou non d'une mesure de contrôle, il importe de se référer aux objectifs prévus à la directive sur l'ouverture et la fermeture des portes de chambre des patients de l'INPLPP³⁴⁴. Ceux-ci sont liés à la gestion des risques. Quant aux objectifs énoncés par le sous-ministre du MSSS dans sa lettre adressée au Protecteur du citoyen, ils se rabattent, pour leur part, sur des motifs de sécurité.

On ne se situe donc pas, en l'occurrence, dans un contexte où ce dispositif est utilisé à la demande des patients, comme prévu par le cadre de référence, lorsqu'il s'agit d'écarter une pratique de la définition d'une mesure de contrôle. En effet, dans le cas de la pratique qui a cours à l'INPLPP, il s'agit d'une mesure imposée, sans aucune autre considération. Les patients ne sont pas en mesure de sortir par eux-mêmes de leur chambre quand ils le désirent. L'enjeu sécuritaire est seul derrière le justificatif du recours au verrouillage des portes la nuit, aucune considération thérapeutique ou visée d'assistance n'y figurant.

À titre de comparaison, il est intéressant d'observer le raisonnement articulé dans un jugement de la Cour du Québec qui impliquait l'encadrement auquel était soumise une adolescente dans un établissement de santé et de services sociaux, soit un centre jeunesse. Cet encadrement prévoyait que l'adolescente était quotidiennement contrainte à sa chambre de 21h45 à 7h30. Le juge a considéré qu'il s'agissait là d'un isolement :

« Cela dit, le Tribunal assimile l'encadrement intensif, tel qu'explicité par le témoin, à une mesure de contention et d'isolement.

Il s'agit d'une mesure qui empêche la liberté de circulation à l'intérieur du centre de réadaptation et de l'unité. La chambre devient une cellule. Donc, la seule différence entre la chambre et la cellule est le nom qu'on lui donne. L'effet est le même, tant psychologiquement que physiquement.

³⁴³ MSSS, *Cadre de référence pour l'élaboration des protocoles d'application des mesures de contrôle*, préc., note 331.

³⁴⁴ Directive « Ouverture et fermeture des portes de chambre des patients » de l'INPLPP, préc., note 300.

Si l'isolement dans une cellule n'est pas permis, le Tribunal ne peut envisager comment l'isolement dans une pièce que l'on appelle « chambre » peut être acceptable »³⁴⁵.

Conséquemment, il ne fait pas de doute que la pratique en vigueur à l'INPLPP devrait être déclarée et gérée à titre de mesure de contrôle par l'établissement. Tel n'est pas le cas, puisqu'il s'agit d'une pratique appliquée de manière programmée et systématique, sans aucune évaluation clinique du risque de lésion que représente le patient individuellement et sans déclaration du recours à celle-ci à titre de mesure de contrôle. Les critères légaux requis en matière de mesure de contrôle en établissement de santé et de services sociaux sont ainsi escamotés.

Il est intéressant de constater que, à la suite d'une intervention menée à l'INPLPP par le Protecteur du citoyen, de sa propre initiative, dans le cadre de laquelle la question du verrouillage de la porte des chambres des patients la nuit a été spécifiquement examinée, celui-ci conclut que cette pratique ne respecte pas le cadre légal, en vigueur ni les orientations ministérielles en la matière³⁴⁶. Le Protecteur du citoyen souligne que « [b]ien que certains patients aient un statut de détention, il n'en demeure pas moins que la LSSS et les orientations ministérielles s'appliquent en matière de mesure de contrôle à l'Institut, toutes clientèles confondues, puisqu'il s'agit d'un établissement de santé et de services sociaux »³⁴⁷. Par conséquent, une recommandation adressée au MSSS et à l'INPLPP a été émise, soit celle « [d']analyser conjointement, dans quelles situations la pratique de verrouiller la nuit les portes des chambres des patients de l'Institut est permise et à quelles conditions, par la suite, de s'assurer de cesser toute pratique qui ne serait pas conforme »³⁴⁸.

La réponse déconcertante du MSSS à cette recommandation du Protecteur du citoyen fut justement la lettre du 16 novembre 2016 voulant que cette pratique soit justifiée, compte tenu des caractéristiques de la clientèle accueillie à l'INPLPP. Le MSSS, dans cette réponse, a fait fi du cadre légal s'appliquant aux établissements de santé et de services sociaux, comme si la production d'une telle lettre de réponse constituait un mécanisme permettant d'outrepasser la loi.

³⁴⁵ *Dans la situation de V.D.* (26 juillet 2002), Val d'Or 615-41-000500-016, B.E. 2002BE-792 (C.Q.), par. 26 à 28.

³⁴⁶ Protecteur du citoyen, « Intervention à l'Institut Philippe-Pinel de Montréal – Verrouillage de la porte des chambres des usagers la nuit », préc., note 303.

³⁴⁷ *Id.*, p. 4.

³⁴⁸ *Id.*

2.2.4 La justification de la pratique

La raison sous-tendant cette façon de faire quotidienne à l'INPLPP est vraisemblablement en lien avec l'une des caractéristiques apposées à la clientèle admise, soit le potentiel de violence qu'elle représente, en fonction de l'évaluation de risque réalisée par les professionnels. La directive énonce d'ailleurs comme premier objectif celui de « [g]arantir le respect des dispositions législatives relatives aux droits et libertés des patients, tout en tenant compte de la gestion des risques dans notre établissement »³⁴⁹ (mon soulignement). On retrouve derrière cette logique une référence au modèle de gestion du risque des comportements violents ou criminels que les patients présentent, modèle qui est au cœur de la nouvelle organisation des services de l'INPLPP décrite à la sous-section 1.2.5.3. On légitime la pratique du verrouillage des portes de chambre des patients la nuit en s'appuyant sur la « gestion des risques », les risques que représenteraient les patients n'étant pourtant pas évalués dans l'application systémique de cette façon de faire.

À mon sens, bien qu'on brandisse l'enjeu sécuritaire, l'objectif recherché par le MSSS par sa légitimation de l'isolement des patients à leur chambre la nuit est manifestement de pallier le fait que les ressources humaines disponibles pendant ce quart de travail sont nettement inférieures à celles en place durant les quarts de travail de jour et de soir. En effet, pourquoi les enjeux sécuritaires seraient accrus la nuit, au point de nécessiter l'enfermement de tous les patients dans leur chambre, alors que le jour et le soir, les patients ne présenteraient pas de tels risques liés à la sécurité ? Le MSSS se positionne clairement en contravention du cadre de référence qu'il a lui-même élaboré. Effectivement, l'application de cette mesure de contrôle repose manifestement sur des considérations administratives en lien avec les conditions de travail des employés et à l'organisation du travail au sein de l'établissement, alors que cela est spécifiquement contraire à ce qui est prévu au cadre de référence (en aucun cas, on ne devrait appliquer une mesure de contrôle à des fins administratives)³⁵⁰.

La justification de cette pratique discutable découle ainsi directement d'une décision ministérielle se refusant à rehausser le personnel en fonction la nuit dans les unités de l'INPLPP. En effet, selon les données

³⁴⁹ Directive « Ouverture et fermeture des portes de chambre des patients » de l'INPLPP, préc., note 300.

³⁵⁰ MSSS, *Cadre de référence pour l'élaboration des protocoles d'application des mesures de contrôle*, préc., note 331, p. 3.

fournies par l'INPLPP, en moyenne, dans une unité de traitement ou de rétablissement, qui compte entre 15 et 20 patients, pendant le quart de travail de jour, le personnel suivant est en fonction :

- 1 commis surveillant d'unité (employé qui assure une surveillance de l'unité dans la console de celle-ci, qui opère un tableau de contrôle électronique pour l'ouverture des portes et qui répond aux demandes utilitaires des patients);
- 2 intervenants spécialisés en pacification et sécurité;
- 2 infirmières;
- 2 à 3 sociothérapeutes;
- 1 psychologue;
- 1 criminologue;
- 1 travailleur social;
- 1 coordonnateur (gestionnaire) qui est responsable de deux unités³⁵¹.

En plus de ce personnel par unité, on retrouve 13 intervenants spécialisés en pacification et sécurité qui sont prêts à intervenir en cas d'urgence, ainsi que 9 gardiens de sécurité³⁵² dans l'ensemble de l'établissement. Or, la situation lors du quart de travail de nuit est toute autre. Pendant celui-ci, le personnel en fonction dans l'ensemble de l'établissement se détaille comme suit :

- 18 intervenants spécialisés en pacification et sécurité (donc environ 1 par unité);
- 2 infirmières;
- 5 gardiens de sécurité;
- 1 coordonnateur (gestionnaire)³⁵³.

Ainsi, lors du quart de travail de jour, on estime qu'environ 230 employés travaillent auprès des patients à l'INPLPP, alors que la nuit, ce nombre tombe à environ 26 employés. On peut s'imaginer qu'un financement beaucoup plus important de la part du MSSS serait nécessaire pour assurer une surveillance clinique adéquate des patients la nuit et éviter de les enfermer dans leur chambre systématiquement.

L'établissement doit bien entendu répondre à des impératifs particuliers liés à la sécurité, compte tenu des particularités de la clientèle accueillie. À ce titre, l'INPLPP a l'obligation d'assurer une prestation de services de santé et de services sociaux qui soient sécuritaires³⁵⁴. Par ailleurs, il demeure que la LSSSS ainsi

³⁵¹ Les données concernant le personnel en fonction pendant le quart de travail de jour et pendant celui du soir ont été fournies par le Service des archives de l'INPLPP en date du 9 janvier 2020.

³⁵² *Id.*

³⁵³ *Id.*

³⁵⁴ LSSSS, art. 5 et 100.

que le cadre de référence et les orientations ministérielles lient l'établissement, comme tous les autres établissements du réseau de la santé et des services sociaux. En cautionnant une pratique contraire au cadre légal en vigueur, le MSSS perpétue cette fausse idée selon laquelle l'INPLPP serait une sorte d'« hôpital-prison », tout en maintenant un discours contradictoire, lorsqu'il affirme que : « le MSSS est d'avis que la nature de cette clientèle ne fait pas en sorte de modifier son statut d'établissement de santé et les obligations qu'il implique »³⁵⁵.

La pratique du verrouillage systématique des portes de chambre des patients de l'INPLPP la nuit viole les droits de personnes, parmi les plus vulnérables de la société, et dont les droits sont déjà restreints à plusieurs égards. De fait, le recours à une telle pratique enfreint les droits à la liberté, à l'inviolabilité et à l'intégrité de la personne prévus par la Charte québécoise³⁵⁶ et par le C.c.Q.³⁵⁷, incluant le droit de consentir aux mesures de contrôle³⁵⁸ et le droit à un usage approprié de ces mesures³⁵⁹. De plus, l'application uniforme et systématique de la pratique va à l'encontre du droit des patients de recevoir des services de santé et des services sociaux de façon personnalisée³⁶⁰. On pourrait même faire valoir que le droit des patients de recevoir des soins adéquats sur les plans scientifique, humain et social³⁶¹ se voit brimé en raison de l'usage de cette méthode d'enfermement.

Par ailleurs, il est clair qu'une tension entre ces droits et celui de recevoir des services de santé et de services sociaux de façon sécuritaire³⁶² est palpable à l'INPLPP. Or, on constate que, entre 23h00 et 8h00, à l'INPLPP, le droit à la sécurité semble l'emporter sur le droit à la personnalisation des soins et services et le droit à ce que ceux-ci soient adéquats scientifiquement et humainement, et ce en raison du manque de ressources.

³⁵⁵ Lettre du MSSS, préc. Note 308.

³⁵⁶ *Charte des droits et libertés de la personne*, RLRQ, c. C-12, art. 1.

³⁵⁷ C.c.Q., art. 3.

³⁵⁸ C.c.Q., art. 10 et suiv. et LSSSS, art. 9.

³⁵⁹ LSSSS, art. 118.1.

³⁶⁰ LSSSS, art. 5.

³⁶¹ LSSSS, art. 5.

³⁶² LSSSS, art. 5.

De plus, pour légitimer l'usage de cette pratique entre ses murs, l'INPLPP pourrait invoquer, en vertu de l'article 13 LSSSS³⁶³, le manque de ressources humaines et financières dont il dispose, ce qui permettrait de justifier que l'exercice des droits des patients conférés à l'article 5 LSSSS soit limité. En effet, le MSSS avalise le recours au verrouillage des portes de chambre des patients la nuit et omet de financer un rehaussement des effectifs en place la nuit à l'INPLPP, qui ferait en sorte qu'on omette de l'utiliser. L'INPLPP manque ainsi de ressources la nuit, pour assurer la même surveillance des patients que celle qui est mise en place le jour. Il faut également se rappeler que l'établissement est légalement tenu de maintenir l'équilibre entre ses dépenses et ses revenus³⁶⁴ et de ne pas encourir de déficit à la fin d'une année financière³⁶⁵. Ainsi, sans financement suffisant, il est difficile pour l'INPLPP de conjuguer l'ensemble de ses obligations. C'est effectivement le ministre de la Santé et des Services sociaux, qui est responsable d'allouer les budgets destinés aux établissements³⁶⁶.

Cela dit, il faut garder en tête que les patients de l'INPLPP y séjournent pour recevoir des soins en raison des graves maladies mentales, dont ils sont atteints. Je suis d'avis que cette pratique fait fi de leurs droits comme patients d'un établissement de santé et de services sociaux et les ostracise en les reléguant au statut de prisonniers. La LSSSS énonce, comme première ligne directrice devant guider la gestion et la prestation des services de santé et des services sociaux, que la raison d'être des services est la personne qui les requiert³⁶⁷. On peut difficilement concevoir que la raison d'être de cette méthode découle des besoins requis par les patients de l'INPLPP. Celle-ci réside plutôt en un prétexte de sécurité, qui en camoufle un de financement insuffisant.

Les patients de l'INPLPP reçoivent donc un traitement discriminatoire par rapport aux autres patients souffrant de pathologies psychiatriques, et ce en raison des symptômes découlant de leur maladie. De fait, aucun autre établissement de santé et de services sociaux québécois, même parmi ceux qui accueillent une clientèle détenue en vertu de l'application des dispositions de la partie XX.1 du C.cr., n'a, à ma connaissance, recours au confinement des patients à leur chambre la nuit, pratique contraire au régime légal balisant le recours aux mesures de contrôle. Il serait d'ailleurs intéressant de réaliser une

³⁶³ Au sujet de la portée de cette disposition, voir : Robert P. KOURI et Catherine RÉGIS, « La limite de l'accès aux soins telle que posée par l'article 13 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux : véritable exutoire ou simple mise en garde? », (2013) 72 R. du B. 177.

³⁶⁴ *Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux*, RLRQ, c. E-12.0001, art. 2.

³⁶⁵ *Id.*, art. 3.

³⁶⁶ LMOGRSSS, art. 71, par. 3.

³⁶⁷ LSSSS, art. 3, par. 1.

analyse de la constitutionnalité de cette pratique, à savoir si celle-ci porte atteinte aux droits des patients en conformité avec les principes de justice fondamentale³⁶⁸, et à défaut, si cette restriction à ceux-ci peut être raisonnablement justifiée dans le cadre d'une société libre et démocratique³⁶⁹.

CONCLUSION

Régulièrement, lorsque je dévoile mon lieu de travail, l'INPLPP, à quiconque me pose la question, l'interlocuteur qui entend ma réponse réplique instinctivement : « La prison ? ». Cela démontre l'ampleur de la confusion, quant au statut de cet établissement méconnu de la population en général pour qui, dans bien des cas, l'INPLPP constitue un établissement de détention et non un hôpital. Bien que l'identité unique de l'institution comme établissement de santé et de services sociaux ait été réaffirmée par les hautes instances de l'INPLPP en février 2017³⁷⁰, il semble que l'imaginaire collectif et le caractère intrinsèque de l'établissement soient toujours empreints d'une dichotomie trop bien ancrée.

Au cours des dernières années, l'INPLPP a multiplié les efforts afin de mettre au grand jour cette institution obscure aux yeux de tous et de défaire les mythes qu'elle incarne. C'est dans cet élan d'ouverture vers l'extérieur et d'humanisation que le documentaire « Pinel : au cœur de la maladie mentale »³⁷¹ a été produit. De telles démarches doivent être encouragées, puisqu'elles participent à progressivement libérer l'INPLPP des barrières l'isolant du monde extérieur, lesquelles font de lui une institution totalitaire selon le modèle développé par Goffman.

Malgré ces stratégies, il s'avère que l'ambiguïté quant au statut réel de l'INPLPP persiste encore aujourd'hui. Celle-ci est multifactorielle et très enracinée, perçue à titre d'« ADN ». Le présent essai permet de la constater et de mieux la comprendre. Il est encourageant de voir que la direction de l'INPLPP s'engage, du moins formellement, à s'identifier comme étant un hôpital. Or, il est évident que, dans les faits, les références au monde carcéral se présentent toujours sous de multiples formes.

³⁶⁸ *Charte canadienne des droits et libertés*, préc., note 208, art. 7.

³⁶⁹ *Id.*, art. 1 ; *R. c. Oakes*, [1986] 1 R.C.S. 103 ; cette analyse ne sera pas réalisée dans le cadre du présent essai.

³⁷⁰ Communiqué du conseil d'administration et du comité de direction de l'INPLPP, « L'institut Philippe-Pinel de Montréal, un établissement de santé », préc., note 15.

³⁷¹ Dans ce documentaire diffusé sur la chaîne de télévision Ztélé, on a ouvert les portes de l'INPLPP, pour révéler à la population l'univers de l'INPLPP, à titre de lieu où sont soignés des patients souffrant de maladie mentale, en ligne <<https://www.ztele.com/emissions/pinel-au-coeur-de-la-maladie-mentale/emission>>.

La présentation historique de l'INPLPP favorise la démonstration à savoir à quel point le passé peut laisser des stigmates coriaces ; le fait qu'il soit né dans une aile de prison n'est certainement pas anodin. En épluchant bon nombre de ses composantes contemporaines, les origines de l'établissement ont pu être révélées à bien des égards. L'établissement est certainement teinté par son passé, mais chaque dimension du portrait actuel examinée a permis de constater une certaine aspiration à rompre avec le monde carcéral, dans l'objectif de s'approcher autant que possible d'un idéal hospitalier.

Il est évident que les attributs caractérisant la clientèle à laquelle les soins et services de l'INPLPP sont adressés font en sorte qu'il ne sera probablement jamais possible d'évacuer totalement toute connexité avec un monde « sécuritaire », qui renvoie au milieu carcéral. En effet, des enjeux de sécurité sont bien réels, puisque tous les patients admis le sont pour des problèmes de santé mentale associés à un haut potentiel de comportements violents. Ceux-ci ne peuvent être assumés par l'organisation des soins et services des autres établissements de santé et de services sociaux québécois. Il ne faut pas oublier, particulièrement dans un tel contexte, l'obligation de l'INPLPP, à titre d'employeur, de prendre les mesures nécessaires pour protéger la santé et assurer la sécurité et l'intégrité physique de ses employés³⁷². Sans mesures adaptées, ces derniers sont réellement à risque de blessures, comme en témoignent de nombreux incidents déplorables³⁷³. Une obligation de sécurité incombe également à l'INPLPP à l'égard des patients qui y reçoivent des soins³⁷⁴. L'équilibre entre ces deux obligations est difficile à atteindre, mais il est essentiel de toujours chercher à y parvenir, dans le respect des droits de chacun.

La sécurité de tous, employés comme patients, se doit donc d'être au cœur de la prestation de soins, ce qui comporte son lot de complexité, lorsque ces obligations de l'INPLPP rivalisent avec les droits des patients. L'établissement doit doubler d'efforts pour trouver des voies de passage innovantes, qui respectent l'ensemble de ses obligations comme établissement de santé et de services sociaux. Il n'y a cependant pas de solution miraculeuse : un financement approprié venant du MSSS est indispensable. La pratique du verrouillage systématique des portes de chambre des patients la nuit constitue une bonne illustration d'un tel type de problème, qui ne peut être réglé que par la mise en place des ressources humaines supplémentaires, qui sont nécessaires. L'INPLPP doit donc avoir l'appui du MSSS et compter sur

³⁷² *Loi sur la santé et la sécurité du travail*, préc., note 326, art. 51.

³⁷³ À CET EFFET, VOIR NOTAMMENT : DAVIDE Gentile ET DANIEL Boily, « QUATRE BLESSÉS À L'INSTITUT PINEL LORS D'UNE INTERVENTION », *RADIO-CANADA*, ICI GRAND MONTRÉAL, (14/01/2020), EN LIGNE : <[HTTPS://ICI.RADIO-CANADA.CA/NOUVELLE/1471018/BLESSES-PINEL-INTERVENTION-SANTE-MENTALE](https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1471018/blesses-pinell-intervention-sante-mentale)> (CONSULTÉ LE 15 FÉVRIER 2020).

³⁷⁴ LSSSS, art. 5.

son implication réelle pour être en mesure de résoudre ces problèmes aussi complexes, puisque cela implique inévitablement des investissements sur le plan des ressources humaines, matérielles et financières.

Il est intéressant de souligner que les médecins examinateurs de l'établissement, responsables de l'examen des plaintes formulées à l'égard des médecins, dentistes, pharmaciens et résidents y œuvrant³⁷⁵, semblent dénoncer, dans leur rapport annuel d'activité 2018-2019, un manque de ressources, ou du moins de moyens, par rapport aux enjeux entourant le recours aux mesures de contrôle au sein de l'INPLPP : « [à] l'heure actuelle, les moyens d'intervention auprès de patients dangereux dont disposent les psychiatres sont restreints et il s'avère essentiel que des structures soient mises en place afin de favoriser l'élaboration de mesures alternatives. Il en va là de considérations tant légales que thérapeutiques »³⁷⁶. Il apparaît clair que l'élaboration de telles mesures alternatives requiert des ressources supplémentaires, qui ne sont pas déployées actuellement à l'INPLPP.

À cet effet, on peut par ailleurs se réjouir d'une récente annonce du MSSS, qui prévoit l'attribution d'un budget de 2 millions de dollars à l'INPLPP, afin que l'établissement puisse réaliser les études pour son projet majeur de modernisation de l'ensemble de ses unités de soins, lequel permettra d'« effectuer des interventions aux infrastructures, qui contribueront à l'amélioration des soins offerts aux usagers »³⁷⁷. Cette modernisation, bien que ne visant que l'aménagement des lieux, constitue un pas dans la bonne direction. On peut espérer que ces travaux permettront d'éliminer les références matérielles au monde carcéral et de mettre en scène un véritable milieu thérapeutique. Or, il faut surtout souhaiter que cette nouvelle configuration des espaces contribuera à améliorer la capacité de l'établissement à dispenser ses soins et ses services dans le respect des droits des patients.

Un environnement correctionnel est difficilement compatible avec la prise en charge médicale et thérapeutique. En effet, il est malheureux de constater à quel point les soins aux détenus souffrant de

³⁷⁵ LSSES, art. 41 et suiv.

³⁷⁶ Rapport des activités 2018-2019, Plaintes et qualité des services, Plaintes médicales, p. 9, en ligne : < <https://pinel.qc.ca/wp-content/uploads/2020/02/Rapport-annuel-de-la-Commissaire-2018-2019.pdf> > (consulté le 15 février 2020).

³⁷⁷ Site Internet de l'INPLPP, « Nouvelles », en ligne : < <https://pinel.qc.ca/news/nouvelle-1/> > (consulté le 15 février 2020).

problèmes de santé mentale sont insuffisamment déployés et difficiles à dispenser en milieu carcéral³⁷⁸. Cette situation est tout aussi inadmissible et se doit d'être déplorée. Je demeure par ailleurs persuadée qu'un milieu comme l'INPLPP, relevant exclusivement du MSSS, ce qui permet d'atténuer les tensions entre les missions du MSSS et celles des services correctionnels, constitue une solution beaucoup plus adaptée pour une clientèle criminalisée atteinte de maladies psychiatriques. À cet égard, l'enquêteur correctionnel du Canada³⁷⁹ a relevé la difficile atteinte d'une « indépendance clinique » en ce qui touche à la gouvernance des soins de santé en prison, puisque les fournisseurs de soins font face constamment à une « double loyauté » dans un tel contexte³⁸⁰ :

« De nombreux sujets liés à la prestation de soins de santé dans le contexte correctionnel font naître des conflits liés aux rôles cliniques ou à des dilemmes éthiques, où l'indépendance clinique et l'autonomie professionnelle peuvent être affaiblies, ou des situations où les fournisseurs de soins de santé peuvent se sentir obligés d'obéir à l'autorité correctionnelle plutôt que de respecter les règles en matière de soins de santé »³⁸¹.

Il s'agit à mon avis d'un argument supplémentaire, qui milite en faveur de cette vocation hospitalière unique que doit porter l'INPLPP, afin que soit éliminée toute intervention, qui ne serait pas menée dans l'intérêt du patient, mais dans une finalité propre au dessein correctionnel. La punition, qui imprègne l'organisation carcérale, est inconciliable avec une démarche thérapeutique. En laissant se perpétuer la confusion quant au statut de l'INPLPP, la vocation soignante de la psychiatrie est escamotée en faveur de mandats de surveillance et de punition gouvernant, tel que le propose Foucault, la méthode de châtiment moderne qu'est la prison. De ce fait, on encourage une pénalisation de la maladie mentale, alors que le droit criminel canadien cherche à l'exclure au moyen de la Partie XX-1 C.cr., ce qui constitue un recul inquiétant. Si la dispensation de soins et de services est guidée par le principe selon lequel la raison d'être des services est la personne qui les requiert³⁸² et que tous les gestes posés à l'endroit d'un patient sont

³⁷⁸ À cet effet, voir notamment : Élisabeth FLEURY, « Santé mentale en prison : « Une fabrique d'itinérance » », *Le Soleil*, (17/07/2019), en ligne : <<https://www.lesoleil.com/actualite/sante/sante-mentale-en-prison-une-fabrique-ditinerance-2a667650d73cac52c096acad48ada5a8>> (consulté le 15 février 2020) et Ariane LACOURSIÈRE, « Une coroner dénonce le manque de soins médicaux dans les prisons », *La Presse*, (05/12/2019), en ligne : <<https://www.lapresse.ca/actualites/201912/04/01-5252420-une-corer-denonce-le-manque-de-soins-medicaux-dans-les-prisons.php>> (consulté le 15 février 2020).

³⁷⁹ L'enquêteur correctionnel du Canada agit comme ombudsman pour les délinquants sous juridiction fédérale, en vertu de la Partie III de la LSCMLSC : à ce sujet, voir le site Internet du Bureau de l'enquêteur correctionnel, « Rôles et responsabilités », en ligne : <<https://www.oci-bec.gc.ca/cnt/roles-fra.aspx>> (consulté le 16 février 2020).

³⁸⁰ Rapport annuel 2017-2018, Bureau de l'enquêteur correctionnel, p. 19, en ligne : <<https://www.oci-bec.gc.ca/cnt/rpt/pdf/annrpt/annrpt20172018-fra.pdf>> (consulté le 15 février 2020).

³⁸¹ *Id.*, p. 20.

³⁸² LSSSS, art. 3, par. 1.

inspirés par le respect de celui-ci et par la reconnaissance de ses droits et libertés³⁸³, tel que le requiert la LSSSS, je suis de ces personnes qui croient que le pouvoir de guérir est différent de celui de punir.

Le présent essai met en évidence que, sur le plan légal, l'INPLPP est un établissement de santé et de services sociaux. De ce fait, tous les droits des patients prévus à la LSSSS et toutes les obligations de l'INPLPP en découlant doivent être respectés. Évidemment, je le répète, sans ressources suffisantes, il devient extrêmement difficile de s'acquitter de l'ensemble des obligations légales prévues, entre autres, à la LSSSS. L'idée de moduler les droits des patients en fonction du statut que leur confère le droit criminel ne m'apparaît pas une piste de solution viable, tant légalement que concrètement. De fait, toute personne mettant les pieds dans l'établissement pour y recevoir des soins et des services, qu'importe l'étiquette qui leur a été accolée par le droit criminel, est et doit être considérée comme un « usager » au sens de la LSSSS. De plus, qu'elle soit criminalisée ou non criminalisée, il s'agit là, cliniquement parlant, de la même clientèle qui est accueillie à l'INPLPP, laquelle requiert des soins et des services en lien avec une pathologie psychiatrique. Il est primordial que les considérations cliniques guident, sans restriction, les actions prises par l'administration et le personnel de l'INPLPP, d'où l'importance d'énoncer clairement son statut exclusif d'hôpital et de l'incarner rigoureusement. Il en va de la santé, de la sécurité, de l'intégrité, de la dignité, enfin, de la vie de personnes, qui figurent parmi les plus vulnérables et défavorisées de notre société.

³⁸³ LSSSS, art 3, par. 2.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

TABLE DE LA LÉGISLATION

Textes constitutionnels

Charte canadienne des droits et libertés, partie I de la *Loi constitutionnelle de 1982*, [annexe B de la *Loi de 1982 sur le Canada*, 192, c. 11 (R.-U.)]

Loi constitutionnelle de 1867, 30 & 31 Victoria, c. 3 (R.U.)

Textes fédéraux

Code criminel, L.R.C. 1985, c. C-46

Arrêté ministériel concernant la désignation des lieux en vue de la garde, du traitement ou de l'évaluation d'un accusé ou d'un adolescent en application du Code criminel ou de la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents, c. CCR, r. 1.3

Loi sur le service correctionnel et la mise en liberté sous condition, L.C. 1992, c. 20

Règlement sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition, DORS/92-620

Loi sur le système de justice pénale pour adolescent, L.C. 2002, c. 1

Textes québécois

Accord concernant le programme de rémunération des médecins effectuant une évaluation de l'état mental d'un accusé à la suite d'une ordonnance d'un Tribunal du Québec, Gazette officielle du Québec, Partie 2, 3 mars 2010, 142^e année, n°9, p. 904 et 905

Charte des droits et libertés de la personne, RLRQ, c. C-12

Code civil du Québec, RLRQ, c. CCQ-1991

Code de déontologie des médecins, RLRQ c. M-9, r.17

Code de procédure civile, RLRQ, c. C-25.01

Décret 639-2915, Code des professions, RLRQ, c. C-26, Lettres patentes constituant l'Ordre professionnel des criminologues du Québec

Loi des asiles d'aliénés, Statuts refondus, 1941, c. 189

Loi sur les compagnies, RLRQ, c. C-38

Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux, RLRQ, c. E-12.0001

Loi concernant les hôpitaux pour le traitement des maladies mentales, Statuts refondus, 1950, c. 31

Loi des institutions pour malades mentaux, Gazette officielle du Québec, 21 avril 1950 (no 15A), p. 36 à 42

Loi d'interprétation, RLRQ c. I-16

Loi sur le ministère de la santé et des services sociaux, RLRQ, c. M-19.2

Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales, RLRQ, c. O-7.2

Loi sur la protection de la jeunesse, RLRQ, c. P.34.1

Loi sur la protection des personnes l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui, RLRQ, c. P-38.001

Loi sur la santé et la sécurité du travail, RLRQ., c. S-2.1

Loi sur les services de santé et les services sociaux, RLRQ, c. s-4.2

Règlement sur la contribution des usagers des établissements de santé et de services sociaux, RLRQ, c. S-4.2, r. 6

Loi sur le système correctionnel du Québec, RLRQ, c. S-40.1

Règlement d'application de la Loi sur le système correctionnel du Québec, RLRQ, c. S.-40.1, r. 1

Proclamation sur l'asile des détenus aliénés de Bordeaux, Gazette officielle du Québec, 5 février 1927 (no 5), p. 514-515

TABLE DE LA JURISPRUDENCE***Jurisprudence canadienne***

R. c. Swain, [1991] 1 R.C.S. 933

Jurisprudence québécoise

Centre hospitalier du Centre-de-la-Mauricie c. Beauregard, 2000-06-26, SOQUIJ AZ-00036539 (C.Q.)

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec (CIUSSS MCQ) c. J.B., 2017 CanLII 1638 (QCCA)

Dans la situation de V.D. (26 juillet 2002), Val d'Or 615-41-000500-016, B.E. 2002BE-792 (C.Q.)

DC c. Québec (Régie de l'assurance maladie), 2013 CanLII 26274 (QC TAQ)

Joyal et Québec (Ministère de la Santé et des Services sociaux) Programme Emploi Service, 2007 QCCLP 4466

Syndicat des travailleurs unis de Pinel c. Institut Philippe Pinel de Montréal, 1988 CanLII 309 (QC CA)

BIBLIOGRAPHIE

Monographies et ouvrages collectifs

CÔTÉ P.-A., avec la collaboration de S. BEAULAC et M. DEVINAT, *Interprétation des lois*, 4^e éd., Montréal, Édition Thémis, 2009

FOUCAULT M., *Histoire de la folie à l'âge classique*, 2^e éd., Paris, Tel Gallimard, 1972

FOUCAULT M., *Surveiller et punir*, 2^e éd., Paris, Tel Gallimard, 1975

GOFFMAN E., *Asiles – Études sur la condition sociale des malades mentaux*, traduit par Les Éditions de Minuit, Paris, Les Éditions de Minuit, 1968

PAGE J.-C., *Les fous crient au secours*, Montréal, Édition du Jour, 1962

PARENT H., *Traité de droit criminel : La culpabilité (actus reus et mens rea)*, t.2, 2^e éd., Montréal, Éditions Thémis, 2007

POULIOT D. et F. MILLAUD, Institut Philippe Pinel – 50 ans d'histoires, Montréal, Art Gloal, éditeur, 2014

Articles de revue et études d'ouvrages collectifs

BERNHEIM E., « Le refus de soins psychiatriques est-il possible au Québec ? Discussion à la lumière du cas de l'autorisation de soins », (2012) 57 : 3 RD McGill 553, p. 555 à 558

BERNHEIM E., « Quand le droit et la justice contribuent à la marginalisation sur la rupture de solidarité sociale en santé mentale au Québec », dans M. C. Doucet et N. Moreau (dir.), *Penser les liens entre santé mentale et société aujourd'hui*, Presses de l'Université du Québec, 2014, p. 344

BERNHEIM E., « Une tension normative irréconciliable. Les discours psychiatrique et juridique sur le risque psychiatrique », (2009-10) 40 R.D.U.S., p. 58

Bernheim E. et C. Larue, « Mesures de contrôle en psychiatrie : impacts cliniques et juridiques de la recherche interprétative » (2009) *Aporia*, vol. 1, numéro 1, p. 56

Bernheim E. et M. Visotzky-Charlebois, « Mesures de contrôle : isolement, contentions et substances chimiques » (2014) dans A.-M. Savard et M. Bourassa-Forcier, *Droit et politiques de la santé*, LexisNexis Canada, Montréal, 2014, chapitre 23, par. 3

CASTEL R., « Savoirs d'expertise et production de normes » dans François Chazel et Jacques Commaille, dir., *Normes juridiques et régulation sociale*, Paris, LGDJ, 1991, 177, p. 182

CAULET M., Y. CHARRETTE, G. CÔTÉ, A. G. CROCKER, T. L. NICHOLLS, L. SALEM, M. C. SETO et C. M. WILSON, « Non criminellement responsable pour cause de troubles mentaux : vers des pratiques et des politiques informées », *La non-responsabilité criminelle pour cause de troubles mentaux*, 2014, par Barreau du Québec – Service de la formation continue, vol. 388, Cowansville, Y. Blais, p. 23

DORVIL H., « La maladie mentale comme problème social », (1990) *Revue Service social*, 39 (2), p. 45-49

FLEURY M.-J. et G. GRENIER, « Historique et enjeux du système de santé mentale québécois », (2004) *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, vol. 10, n° 1, p. 21-38

FOUCAULT M., *Les anormaux – Cours au collège de France 1974-1975*, Paris, Édition numérique réalisée en août 2012 à partir de l'édition CD-ROM, Le Foucault Électronique (éd.2001), en ligne : <<http://ekladata.com/a5J-kPD0FAZwSKkLJzNbvbFa1Jw/Foucault-Michel-Les-Anormaux-1974-1975-.pdf>>

GROS F., « Note sur quelques sens du « classicisme » chez Foucault », (2007) *Revue d'histoire littéraire de la France*, vol. 107, pp. 307-312, en ligne : <<https://www.cairn.info/revue-d-histoire-litteraire-de-la-france-2007-2-page-307.htm>>

HEILBRUN K., T. GRISSO et A. M. GOLDSTEIN, « Foundations of Forensic Mental Health Assessment », New York, Oxford University Press, 2009, p. 6

Robert P. KOURI et Catherine RÉGIS, « La limite de l'accès aux soins telle que posée par l'article 13 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux : véritable exutoire ou simple mise en garde? », (2013) 72 R. du B. 177

LAFLEUR P.-A., « Je ne suis pas malade docteur ! », S.F.B.P.Q., vol. 165, *Développements récents – Être protégé malgré soi* (2002), Cowansville, Éditions Yvon Blais, p. 3-4

OTERO M., « Société, psychiatrie et justice au Québec : de la désinstitutionnalisation à la déjudiciarisation », *Revue Le Partenaire*, vol. 19, numéro 1, printemps 2010, p. 28

PROVENCHER D., « La judiciarisation des problèmes de santé mentale : une réponse à la souffrance? », *Revue Le Partenaire*, vol. 19, numéro 1, printemps 2010, p. 18 à 24

THIFAUT M.-C. et I. PERREAULT, « Premières initiatives d'intégration sociale des malades mentaux dans une phase de pré-désinstitutionnalisation. L'exemple de Saint-Jean-de-Dieu, 1910-1950 », *Les publications Histoire sociale /Social History Inc.*, Volume 44, numéro 88, novembre 2011, p. 207

Documents gouvernementaux

A. BRAËN, « La santé et le partage des compétences au Canada », *Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada*, catalogue CP32-79/2-2002F-IN, (07-2002)

BÉDARD D., D. LAZURE et C.-A. ROBERTS, *Rapport de la Commission d'étude des hôpitaux psychiatriques*, Québec, Ministère de la santé, 1962

MSSS, *Cadre de référence pour l'élaboration des protocoles d'application des mesures de contrôle*, Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, 2015

MSSS, *Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques* », Direction des communications du ministère de la Santé et des services sociaux, Québec, 2002

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL, *Psychiatrie légale – Proposition d'organisation des services hiérarchisés de psychiatrie légale à Montréal*, mai 2014, en ligne : <https://santemontreal.qc.ca/fileadmin/user_upload/Uploads/tx_asssmpublications/pdf/publications/Proposition_d_org_des_services_hierarchises_de_psy_legale_a_Mtl_-mai_2014.pdf>

Dictionnaires et encyclopédie

ENCYCLOPÉDIE LAROUSSE EN LIGNE, en ligne : < <https://www.larousse.fr/encyclopedia/>>

Hubert REID, *Dictionnaire de droit québécois et canadien*, 5^e éd., Montréal, Wilson & Lafleur, 2015, en ligne : <<https://dictionnaireid.caij.qc.ca/>>

OFFICE QUEBÉCOIS DE LA LANGUE FRANÇAISE, *Grand dictionnaire terminologique (GDT)*, Québec, Gouvernement du Québec, 2001, en ligne : <<http://www.granddictionnaire.com>>

Mémoires et rapport

DUPREY C., *La crise de l'enfermement asilaire au Québec à l'orée de la révolution tranquille*, Mémoire de maîtrise, Université du Québec à Montréal (2007) Archipel UQAM, p. 129-132

DUCHÂINE J., *Analyse critique des politiques de prestation des soins de santé mentale dans les centres de détention québécois*, Essai de maîtrise, Université de Sherbrooke (2010) Collection de la Faculté de droit dans Savoirs UdeS

INSTITUT PHILIPPE-PINEL DE MONTRÉAL, « Impacts pressentis de la nouvelle organisation et gouvernance sur l'Institut Philippe-Pinel de Montréal », mémoire déposé lors du mandat « Consultations particulières et auditions publiques sur le projet de loi n° 10 », numéro 021-M, en ligne : <<http://www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/commissions/CSSS/mandats/Mandat-25777/memoires-deposes.html>>

OUMET-COMPTOIS A.-P., *Criminels ou patients ? – La non-responsabilité criminelle pour cause de trouble mentaux : le difficile mariage entre justice et santé*, Essai de maîtrise, Université de Sherbrooke (2015) Collection de la Faculté de droit dans Savoirs UdeS

PROTECTEUR DU CITOYEN, « Intervention à l'Institut Philippe-Pinel de Montréal – Verrouillage de la porte des chambres des usagers la nuit », en ligne : <https://protecteurducitoyen.qc.ca/sites/default/files/pdf/rapports_d_intervention/2016-06-27-institut-pinel.pdf>

Articles de médias

FLEURY É., « Santé mentale en prison : « Une fabrique d'itinérance » », *Le Soleil*, (17/07/2019), en ligne :

<<https://www.lesoleil.com/actualite/sante/sante-mentale-en-prison-une-fabrique-ditinerance-2a667650d73cac52c096acad48ada5a8>>

GENTILE D. et D. BOILY, « Quatre blessés à l'Institut Pinel lors d'une intervention », *Radio-Canada*, ICI Grand Montréal, (14/01/2020), en ligne :

<<https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1471018/blesses-pinel-intervention-sante-mentale>>

LACOURSIERE A., « Pinel, hôpital ou prison », *La Presse* (12/01/2017), en ligne :

<<https://www.lapresse.ca/actualites/sante/201701/12/01-5058760-pinel-hopital-ou-prison.php>>

LACOURSIÈRE A., « Une coroner dénonce le manque de soins médicaux dans les prisons », *La Presse*, (05/12/2019), en ligne <<https://www.lapresse.ca/actualites/201912/04/01-5252420-une-coroner-denonce-le-manque-de-soins-medicaux-dans-les-prisons.php>>

LACOURSIERE A. et G. DUCHAINE, « «L'approche carcérale» de Pinel dénoncée par le Collège des médecins », *La Presse* (23/12/2016), en ligne : <<https://www.lapresse.ca/actualites/sante/201612/23/01-5054105-lapproche-carcerale-de-pinel-denoncee-par-le-college-des-medecins.php>>

Sites Internet

SITE INTERNET DE L'ASSEMBLEE NATIONALE, en ligne : <<http://www.assnat.qc.ca/fr/>>

SITE INTERNET DE LA COMMISSION DE LA SANTÉ MENTALE DU CANADA, en ligne : <<https://www.mentalhealthcommission.ca/>>

SITE INTERNET DU DEPARTEMENT DE PSYCHIATRIE DE L'UNIVERSITE DE MONTREAL, en ligne : <<https://psychiatrie.umontreal.ca/wp-content/uploads/sites/5/2014/03/Soumission-de-candidature.pdf>>

SITE INTERNET DU BUREAU DE L'ENQUETEUR CORRECTIONNEL, en ligne : <<https://www.oci-bec.gc.ca/>>

SITE INTERNET DE L'ÉQUIPE VULNERABILITE, INTEGRATION SOCIALE ET VIOLENCE, en ligne : <<https://visev.ca/>>

SITE INTERNET « HABITER MONTREAL » DE LA VILLE DE MONTREAL, en ligne : <<https://habitermontreal.com/>>

SITE INTERNET DE L'INPLPP, « Historique », en ligne : <<https://pinel.qc.ca/>>

SITE INTERNET DU MINISTERE DE LA SECURITE PUBLIQUE, en ligne : <<https://www.securitepublique.gouv.qc.ca/>>

SITE INTERNET DES PUBLICATIONS DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX :
<<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/>>

SITE INTERNET DE LA RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC, en ligne :
<<https://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/>>

SITE INTERNET DU REGISTRAIRE DES ENTREPRISES DU QUÉBEC, en ligne :
<<http://www.registreentreprises.gouv.qc.ca/fr/>>

SITE INTERNET DE TIM HORTONS, en ligne : <<https://www.timhortons.com/ca/fr/>>

SITE INTERNET DU SERVICE CORRECTIONNEL DU CANADA, en ligne : <<https://www.csc-scc.gc.ca/>>

SITE INTERNET DE L'UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE, en ligne : <<https://www.usherbrooke.ca/>>

SITE INTERNET « VOS DROITS EN SANTÉ », produit par Ménard Martin avocats, en ligne :
<<http://www.vosdroitsensante.com/>>

SITE INTERNET DE ZTÉLÉ, en ligne : <<https://www.ztele.com/>>